

NOTE TECHNIQUE 38-F

**EVALUATION DE LA QUALITÉ
DES SOINS DANS LES DISTRICTS
SANITAIRES DE BOBOYE,
ILLÉLA ET SAY**

**TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT
DES COÛTS DANS LE SECTEUR
NON-HOSPITALIER AU NIGER**

Présenté à

**Ministère de la Santé Publique
Direction des Etudes et de la Programmation et
Bureau Central de Suivi**

et

**Division de la réforme sectorielle et des politiques
Office de la santé et de la nutrition
Centre de la population, de la santé, et de la nutrition
Bureau des programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche
Agence pour le développement international**

par

François P. Diop, Abt Associates Inc

avec

**Dr Kiari Kairo, CIMEFOR; Dr Soumana Boubacar, CNSS
Idé Djermakoye, MSP\AMISAP; Saïdou Garékam, MSP\DEP
Midou Kailou, MSP\DEP\BCS; Ousmane Oumarou, MSP\DEP\BCS**

AOÛT 1994

**PROJET FINANCEMENT ET PERENNISATION DES SOINS DE SANTE
(Health Financing and Sustainability (HFS) Project)**

**Abt Associates Inc., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland, 20814 USA**

**The Urban Institute, Sous-traitant
Management Sciences for Health, Sous-traitant**

AID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00

ABRÉGÉ

Le rapport présente la méthodologie et les principaux résultats d'une étude de la qualité des soins de santé réalisée dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier au Niger en 1994. Le rapport discute de l'adaptation au système de prestation des soins de santé primaires du Niger d'une méthodologie générale de l'évaluation de la qualité des soins aux niveaux de la structure, du processus, et du résultat de la prestation des soins. La mise en oeuvre de la méthodologie dans les établissements de soins de trois districts sanitaires du Niger révèlent des fossés dans la disponibilité des ressources nécessaires à une intégration plus effective des activités de soins de santé primaires aux niveaux des districts sanitaires. L'étude révèle, par ailleurs, que des efforts devraient être faits pour améliorer l'accueil, l'approche et l'écoute des malades au niveau du processus de la prestation des soins. Par ailleurs, les échanges entre infirmier et patients devraient être intensifiés afin de présenter des alternatives de traitement aux malades et, si nécessaire, de les orienter vers d'autres soins du paquet minimum d'activités afin de renforcer l'intégration des soins. Enfin, l'étude suggère que du point de vue des patients, la disponibilité des médicaments, l'accueil des malades et la permanence des soins sont des éléments essentiels pour stimuler la demande des soins de santé.

TABLE DE MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTE DES FIGURES	v
ABRÉVIATIONS	vii
RESUME	ix
1.0 INTRODUCTION	1
2.0 METHODOLOGIE	3
2.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE	3
2.2 AIRE DE L'ETUDE	4
2.3 ETENDUE DE L'ETUDE	4
2.3.1 Structure de la prestation des soins	5
2.3.2 Processus de la prestation des soins	5
2.3.3 Résultats de la prestation des soins: satisfaction des patients	7
2.3.4 Collecte des Données	7
2.3.5 Instruments de collecte	8
2.3.6 Taille de l'investigation.	9
2.3.7 Organisation de la collecte	9
3.0 STRUCTURE DE LA PRESTATION DES SOINS	11
3.1 FORMATION ET SUPERVISION: PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS (PMA)	11
3.1.1 Formation et supervision: niveaux de couverture	11
3.1.2 Besoins de formation	14
3.2 PRODUITS PHARMACEUTIQUES	17
3.2.1 Médicaments	18
3.2.2 Vaccins	18
3.2.3 Produits contraceptifs	21
3.3 ORGANISATION DU PMA	23
4.0 PROCESSUS DE LA PRESTATION DES SOINS CURATIFS	27
4.1 ACCUEIL ET APPROCHE	27
4.2 INTERROGATOIRE	27
4.3 PRISE DES CONSTANTES ET EXAMEN CLINIQUE	28
4.4 DÉCISION ET ORIENTATION DU MALADE	28
4.5 APPLICATION DES SPT	30

5.0	PERCEPTIONS DES PATIENTS	33
5.1	ELÉMENTS QUI ATTIRENT LES MALADES	33
5.2	ELÉMENTS QUI DÉTERRENT LES MALADES	33
5.3	CHANGEMENTS DANS LA QUALITÉ DES SOINS	34
5.4	SATISFACTION DES PATIENTS: SOINS REÇUS	34
5.5	ELÉMENTS POUR AMÉLIORER LES SOINS	35
6.0	CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS	37
6.1	CONCLUSIONS	37
6.2	IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES	41
6.3	IMPLICATIONS MÉTHODOLOGIQUES	42
	Annexe A Tableau	46
	Annexe B Instruments de collecte des données	55
	RÉFÉRENCES	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Composantes de l'Etude: Résumé	6
Tableau 2. Taille de l'investigation	9
Tableau A1.1. Ressources Humaines. Distribution (%) du Personnel Médical et Paramédical selon la Formation dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités par District Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	45
Tableau A1.2 Ressources Humaines. Distribution (%) du Personnel Médical et Paramédical selon la Formation dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités par Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	46
Tableau A2.1 Ressources Humaines. Proportion (%) du Personnel Médical et Paramédical Ayant Eté Supervisé durant les Douze Derniers Mois dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités par District Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	47
Tableau A2.2 Ressources Humaines. Proportion (%) du Personnel Médical et Paramédical Ayant Eté Supervisé durant les Douze Derniers Mois dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités par Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	48
Tableau A3.1 Ressources Humaines. Proportion (%) du Personnel Médical et Paramédical Ayant Besoin de Formation dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités par District Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	49
Tableau A3.2 Ressources Humaines. Proportion (%) du Personnel Médical et Paramédical Ayant Besoin de Formation dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités par Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	50

Tableau A4.1	
Indicateurs de la Disponibilité de Médicaments. Quantités (Moyenne) de Comprimés Livrés entre Juillet et Décembre 1993 par District Sanitaire et Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	51
Tableau A4.2	
Indicateurs de la Disponibilité d'Antigènes du PEV. Quantités (Moyenne) de Doses Livrées entre Juillet et Décembre 1993 par District Sanitaire et Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	51
Tableau A4.3	
Indicateurs de la Disponibilité de Produits Contraceptifs. Quantités (Moyenne) d'Unités Livrées entre Juillet et Décembre 1993 par District Sanitaire et Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	52
Tableau A5.1	
Organisation des Activités du PMA. Proportion (%) de Temps les Différentes Composantes du PMA Ont Été Organisées durant la Semaine de Travail par District Sanitaire et Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	53
Tableau A6.1	
Consultations Soins Curatifs. Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier de Tri Sont Jugés Satisfaisants par le Médecin Chargé de l'Evaluation par District Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illéla - Août 1994)	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1a. Formation du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA: District Sanitaire de Boboye, Août 1994	13
Figure 1.1b. Formation du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA: District Sanitaire de Say, Août 1994	13
Figure 1.1c. Formation du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA: District Sanitaire d'Illéla, Août 1994	13
Figure 2.1a. Supervision du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA: District Sanitaire de Boboye, Août 1994	15
Figure 2.1b. Supervision du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA: District Sanitaire de Say, Août 1994	15
Figure 2.1c. Supervision du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA: District Sanitaire d'Illéla, Août 1994	15
Figure 3.1. Disponibilité des Médicaments aux Niveaux des PM et DR Livraisons de Médicaments entre Juillet et Décembre 1993	19
Figure 3.2a. Indicateurs de la Disponibilité d'Antigènes du PEV. Quantités de Doses Livrées entre Juillet et Décembre 1993: Centres Médicaux	20
Figure 3.2b. Indicateurs de la Disponibilité d'Antigènes du PEV. Quantités de Doses Livrées entre Juillet et Décembre 1993: Postes Médicaux	20
Figure 3.2c. Indicateurs de la Disponibilité d'Antigènes du PEV. Quantités de Doses Livrées entre Juillet et Décembre 1993: Dispensaires Ruraux	20

Figure 3.3a. Indicateurs de la Disponibilité de Produits Contraceptifs. Quantités d'Unités Livrées entre Juillet et Décembre 1993: Centres Médicaux	22
Figure 3.3b. Indicateurs de la Disponibilité de Produits Contraceptifs. Quantités d'Unités Livrées entre Juillet et Décembre 1993: Postes Médicaux	22
Figure 3.3c. Indicateurs de la Disponibilité de Produits Contraceptifs. Quantités d'Unités Livrées entre Juillet et Décembre 1993: Dispensaires Ruraux	22
Figure 3.4a. Organisation des Séances du Paquet Minimum d'Activités Proportion (%) de Temps les Séances Sont Organisées durant la Semaine de Travail: Centres Médicaux	24
Figure 3.4b. Organisation des Séances du Paquet Minimum d'Activités Proportion (%) de Temps les Séances Sont Organisées durant la Semaine de Travail: Postes Médicaux	24
Figure 3.4c. Organisation des Séances du Paquet Minimum d'Activités Proportion (%) de Temps les Séances Sont Organisées durant la Semaine de Travail: Dispensaires Ruraux	24
Figure 4.1. Soins Curatifs: Accueil et Approche des Malades Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier de Tri Sont Satisfaisants	29
Figure 4.2. Soins Curatifs: Interrogatoire des Malades Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier de Tri Sont Satisfaisants	29
Figure 4.3. Soins Curatifs: Prise des Constantes et Examen Clinique Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier de Tri Sont Satisfaisants	29
Figure 4.4. Soins Curatifs: Décision et Orientation des Malades Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier de Tri Sont Satisfaisants	31
Figure 4.5. Soins Curatifs: Application de la Stratégie Plainte et Traitement Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les SPT ont Eté Appliquées	31

ABRÉVIATIONS

AMISAP	
BCS	Bureau Central de Suivi
CIMEFOR	Circonscription Médicale de Formation et de Recyclage
CM	Circonscription Médicale
CNS	Consultation Nourrissons Sains
CNSS	Caisse Nationale de la Sécurité Sociale
CPN	Consultation Périnatale
CRENI	Consultation Récupération Nutritionnelle Infantile
CSI	Centre de Soins Intégrés
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
HFS	Projet Financement et Pérennisation de la Santé
IB	Initiative de Bamako
MEG	Médicament Essentiel sous nom Générique
MSP	Ministère de la Santé Publique
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Centre de Protection Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SPT	Stratégie Plainte et Traitement
USAID	Agence Américaine d'Aide au Développement International

RESUME

Cadre général et objectifs

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) du Niger est engagé dans un mouvement de réformes administratives et politiques dans le domaine de la réduction et du recouvrement des coûts dans les sous-secteurs hospitalier et non-hospitalier. Suite à la mise en oeuvre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier, le Ministère envisage de généraliser le recouvrement des coûts à l'ensemble des formations sanitaires publiques du pays. Par ailleurs, d'importants changements sont intervenus dans la politique d'approvisionnement en médicaments qui, est maintenant articulée sur l'acquisition de médicaments essentiels sous nom générique à travers des appels d'offre internationaux. L'ensemble de ces réformes sectorielles, si poursuivies durablement, résulteraient sans nul doute sur l'amélioration de l'efficience et l'équité du système de santé.

Conjointement aux réformes sectorielles, des améliorations de la prestation des soins aux niveaux des formations sanitaires permettraient de maximiser l'utilisation des ressources sanitaires dans le pays. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les objectifs et l'étendue de la présente étude. Il s'agira d'identifier les voies et moyens pour stimuler la demande des soins de santé primaires au Niger par l'amélioration de la qualité et l'intégration des soins. Dans cette perspective, l'étude est articulée sur l'évaluation de la qualité des soins aux niveaux des activités du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des formations sanitaires de base du Niger. Restreindre l'étendue de l'étude à ce niveau agrégé des PMA est aussi inscrite dans une démarche méthodologique qui permettrait de mettre en oeuvre une approche assez générale de l'évaluation de la qualité des soins dont les concepts et les instruments pourraient être adaptés à l'évaluation de la qualité d'activités sanitaires plus spécifiques, dont la récupération nutritionnelle, le traitement de la diarrhée, le traitement du paludisme, le traitement des affections respiratoires.

MÉTHODES

L'approche qui a été adoptée dans le cadre de la présente étude, envisage l'évaluation de la qualité des soins à trois niveaux: la structure, le processus, et l'*outcome* (ou résultat). Au niveau de la structure de soins, l'évaluation de la qualité des soins revient à déterminer la disponibilité des intrants du processus de la prestation des soins. Au niveau du processus, l'évaluation de la qualité se base sur la détermination de la compétence du personnel soignant dans l'application de procédures et schémas thérapeutiques acceptés; à ce niveau, l'évaluation peut être étendue à la compréhension et l'application que les patients font des traitements qui leurs sont administrés. Finalement, la qualité peut être mesurée au niveau du résultat des soins (guérison de la maladie, ou vie sauvée) ou de la satisfaction et des perceptions de la qualité que les patients ont des soins reçus.

L'équipe de médecins et infirmiers, chargée de la réalisation de l'étude, a opérationnalisé ces notions en les adaptant au paquet minimum d'activités des formations sanitaires de base du Niger: l'évaluation aux niveaux du processus de la prestation des soins et de l'*outcome* des soins, cependant, a été limitée aux soins curatifs dans le cadre de la présente étude. Les résultats présentés dans ce rapport sont basés sur les données collectées par la même équipe dans les formations sanitaires des

arrondissements de Boboye, Say, et Illéla. L'étude a couvert 22 formations sanitaires et 130 agents de santé; les consultations de 213 patients ont été observées par le médecin de l'équipe d'évaluation; les mêmes 213 patients ont été enquêtés afin d'évaluer leurs perceptions de la qualité des soins.

RÉSULTATS

Au niveau de la structure de la prestation des soins, un établissement de soins primaires devrait disposer des intrants nécessaires à la prestation des soins pour assurer une qualité adéquate des soins fournis dans le cadre des activités spécifiques du PMA, d'une part, et l'intégration des activités composantes du PMA, d'autre part. Dans les trois districts de Boboye, Say et Illéla, plusieurs agents ont reçu des séries de formation avant 1992 portant sur l'application des principales composantes du paquet minimum d'activités et l'activité de support du système national d'information sanitaire. Une faible proportion des agents, dont les sage-femmes et les agents du district de Say, ont reçu une formation en planification familiale. Les récentes formations en stratégie plainte et traitement et en gestion, réalisées dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes de recouvrement des coûts, ont ajouté une autre dimension structurelle dans la prestation des soins dans les districts de Boboye et de Say.

Le manque de corrélation entre ces différentes formations suggèrent, cependant, qu'elles ne sont pas le résultat d'efforts systématiques visant à assurer aux agents des compétences dans différents domaines de la prestation des soins dans la perspective d'une plus grande intégration des services. Les schémas et la couverture des formations semblent avoir obéi à la logique de mise en place de programmes verticaux qui ont augmenté leur domaine d'interventions dans les activités des centres et postes médicaux et dispensaires ruraux. Dans l'ensemble, il est remarquable que les formations PEV et PF n'ont couvert que respectivement 50 pour cent et 30 pour cent des agents des établissements de soins. Si le nombre d'agents en poste dans les centres et postes médicaux permet de lever la contrainte que pourrait poser ce niveau de couverture dans le cadre de la promotion des activités préventives, au niveau des dispensaires ruraux, où généralement un ou deux infirmiers sont en poste, cette faible couverture pourrait être une contrainte assez sévère pour la promotion des activités préventives.

Etant donnée la forte corrélation qui existe dans la disponibilité des différents produits pharmaceutiques au niveau des formations sanitaires, six articles essentiels ont été utilisés pour résumer l'information sur la disponibilité des produits: l'aspirine, la chloroquine, les vaccins antitétaniques et antituberculeux, et enfin les pilules et les condoms. Du point de vue des soins curatifs, les livraisons de médicaments dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans les districts de Boboye et de Say ont permis une disponibilité élevée des médicaments comparée à la faible disponibilité dans les formations sanitaires du district d'Illéla. Dans ce dernier district, la faible disponibilité des médicaments au niveau des dispensaires ruraux et du poste médical, liée à la faiblesse des dotations réelles de médicaments du gouvernement central, a été accentuée par les inadéquations de l'allocation des ressources entre le centre médical et les autres formations sanitaires.

Du point de vue des activités préventives, les fréquentes et longues interruptions de la chaîne de froid, plus particulièrement dans les formations sanitaires où la mise en oeuvre de la stratégie fixe du programme élargie de vaccination est ancienne, ont limité la disponibilité des vaccins; la forte déperdition des doses a rendu plus sévères les contraintes de la disponibilité des vaccins aux niveaux des formations sanitaires. Par ailleurs, à l'exception des formations sanitaires du district de Say, la disponibilité des

produits contraceptifs est faible dans les formations sanitaires de base de l'aire d'étude. Paradoxalement, en pleine épidémie du SIDA, la disponibilité des condoms est faible dans toutes les formations sanitaires des trois districts.

La relative disponibilité des intrants variables de la prestation des soins en général, les produits pharmaceutiques en particulier, se reflète dans l'organisation des séances de soins dans les formations sanitaires, les possibilités d'intégration des services, et l'utilisation des intrants fixes, dont le personnel médical et paramédical. La disponibilité des médicaments dans les deux districts de Boboye et de Say, malgré l'introduction des paiements aux niveaux des formations sanitaires, a stimulé l'utilisation des soins curatifs durant les douze derniers mois dans les deux districts, en contraste au maintien de la faiblesse de l'utilisation des formations sanitaires dans le district d'Illéla. La première conséquence de l'augmentation de l'utilisation dans les deux districts test a été l'amélioration de la productivité du personnel médical et paramédical. Les activités de vaccination, cependant, ont été contraintes dans le district de Boboye par la pauvreté de la disponibilité des vaccins. Seul le district de Say était en position de garantir une gamme des soins assez large, la planification familiale incluse.

Par ailleurs, l'intensité des séances de soins préventifs baisse des centres médicaux aux dispensaires ruraux, reflétant non seulement la variabilité de l'effectif, mais aussi de la composition du personnel de la formation sanitaire. L'intensité des séances de planification familiale dans les dispensaires ruraux de Say et de toutes les composantes du PMA dans le poste médical de Falmey, cependant, suggèrent que, malgré les effectifs du personnel des postes médicaux et des dispensaires ruraux, la formation des infirmiers dans l'administration des différentes composantes du PMA et une disponibilité adéquate des produits pharmaceutiques permettraient une plus grande intégration des soins et une plus grande productivité du personnel de santé aux niveaux des formations sanitaires.

Au niveau du processus de la prestation des soins curatifs, l'évaluation de la compétence du personnel soignant dans l'application de procédures ou schémas thérapeutiques acceptés a permis de générer des informations additionnelles sur la qualité des soins aux niveaux des trois districts. L'accueil et l'approche des patients par les infirmiers du tri sont relativement satisfaisants dans les formations sanitaires du district de Boboye; ils sont relativement pauvres, cependant, dans le district d'Illéla, les infirmiers de Say ayant une performance intermédiaire. Il est remarquable que la qualité de l'accueil et de l'approche des patients s'améliorent des centres médicaux, où elle est généralement pauvre, aux dispensaires ruraux.

Par ailleurs, les infirmiers de Boboye et de Say sont plus performants que les infirmiers d'Illéla du double point de vue de l'écoute des malades et de laisser le temps aux malades de décrire leur mal; par conséquent, les infirmiers des deux premiers districts posent des questions plus pertinentes que les infirmiers du district d'Illéla. Les performances des infirmiers du point de l'inspection des malades sont comparables d'un district à un autre: l'inspection des malades n'est appliquée qu'entre 37 et 47 pour cent des cas. Cependant, la prise de la température des malades est appliquée dans 67 pour cent des cas dans le district de Boboye, comparé à 43 pour cent et 35 pour cent dans respectivement le district de Say et le district d'Illéla.

Discuter les traitements et des alternatives possibles avec les patients est un événement très rares dans les formations sanitaires des trois districts. Par ailleurs, l'orientation des patients vers les autres soins du PMA, où cela est applicable, est une pratique très rare dans les formations sanitaires des trois districts.

En d'autres termes, les infirmiers du tri ne profitent pas des contacts des patients avec la formation sanitaire au niveau des soins curatifs pour promouvoir la couverture des autres activités du PMA.

Finalement, l'application des stratégies plainte et traitement est générale dans les districts de Boboye et de Say, suite à la formation SPT reçue dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes. L'application des procédures des SPT, cependant, est plus satisfaisante dans le district de Boboye, où l'administration des SPT est plus ancienne, comparé au district de Say, où les SPT ont été introduites avec les tests pilotes.

Du point de vue des patients, la disponibilité des médicaments est le premier élément qui attire les malades à venir se soigner aux formations sanitaires. Non seulement, la disponibilité des médicaments au niveau de la formation sanitaire est-elle perçue comme un élément structurel qui garantit un traitement satisfaisant, mais aussi elle permet de réduire les paiements et les dépenses de déplacement liés à l'achat des ordonnances en dehors des formations sanitaires. Le bon (mauvais) accueil des malades par les infirmiers a été déclaré comme deuxième élément qui attire (déterre) les malades à chercher des soins aux formations sanitaires. Par ailleurs, les patients ont indiqué que la permanence des soins au niveau des formations sanitaires et l'éducation sanitaire étaient d'autres éléments qui rendaient les soins plus attractifs.

Finalement, il existe une corrélation entre les indicateurs de la disponibilité des intrants de la prestation des soins, le processus de la prestation des soins, et les perceptions des patients. Les infirmiers sont plus performants dans l'application des schémas thérapeutiques dans les formations sanitaires où une formation en stratégie plainte et traitement a eu lieu et les médicaments sont plus disponibles. Par ailleurs, les perceptions que les patients se font de la qualité des soins dépendent d'un nombre limité d'éléments structurels et s'articulent à des moments précis du processus de la prestation des soins. Parmi les patients des formations sanitaires dont la disponibilité des médicaments était inadéquate, résoudre ce problème est la seule réponse qu'ils ont envisagée pour améliorer la qualité des soins; par ailleurs, dans les formations sanitaires où la disponibilité des médicaments était adéquate, maintenir la disponibilité des médicaments, résoudre les contraintes logistiques liées au transport au niveau de la formation sanitaire et augmenter le nombre des agents, surtout la disponibilité des sage-femmes, ont été envisagés comme changements structurels pour améliorer les soins. Relativement au processus de la prestation des soins, seule la qualité de l'accueil des patients semble affecter les perceptions que les patients ont de la qualité des soins.

IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES

En plus du faible niveau de couverture et de l'ancienneté de la formation des agents dans l'application des activités du paquet minimum d'activités, les activités et les agents des formations sanitaires ont été faiblement supervisés durant les douze derniers mois: il est remarquable que les activités les moins supervisées soient les activités du programme élargi de vaccination et les activités de récupération nutritionnelle. Par conséquent, si des gains significatifs dans le cadre de la santé des enfants doivent être réalisés dans le moyen-long terme par le biais d'améliorations de la qualité des soins et une intégration effective de la prestation des soins aux niveaux des formations sanitaires de base, les résultats des trois districts suggèrent que beaucoup d'efforts de formation, la formation PEV en particulier, devraient être engagés dans les années à venir.

La généralisation du recouvrement des coûts, dont l'extension géographique de l'Initiative de Bamako, permettrait d'améliorer la disponibilité des médicaments aux niveaux des formations sanitaires de base. Dans cette perspective, le système de santé ne pourrait profiter du renouvellement de la confiance des populations vis à vis des formations sanitaires publiques pour promouvoir les activités préventives et promotionnelles que si des efforts intégrés sont engagés pour assurer la disponibilité des vaccins, des suppléments nutritionnels, et des produits contraceptifs aux niveaux des formations sanitaires de base.

Dans l'ensemble, l'évaluation de la qualité au niveau du processus dans les trois districts suggère que les agents des formations sanitaires ont besoin d'une supervision plus soutenue de l'administration des schémas thérapeutiques dans le cadre de la prestation des soins. Dans la perspective du renforcement de la supervision des agents, une attention particulièrement devrait être portée à l'accueil des malades par les infirmiers. En effet, couplée avec une meilleure disponibilité des médicaments, une amélioration de l'accueil des malades par les infirmiers pourrait renforcer la confiance des populations vis à vis du personnel des formations sanitaires et stimuler la demande des soins.

IMPLICATIONS MÉTHODOLOGIQUES

La méthodologie d'évaluation de la qualité des soins, qui a été appliquée au niveau agrégé du paquet minimum d'activités, est assez simple et flexible. Au vu des insuffisances que l'étude a révélées dans le cadre de la prestation des soins aux niveaux des formations sanitaires de base en général, le processus de la prestation des soins curatifs en particulier, l'institutionnalisation de l'évaluation périodique de la qualité des soins dans le cadre des programmes de santé pourrait être envisagée par les administrations sanitaires.

Dans cette perspective, la méthodologie et les instruments servant à la collecte de l'information pourrait être adaptée au problème d'intérêt. Dans le cadre du processus de renforcement des soins de santé primaires au Niger, il est suggéré qu'une attention particulière soit portée sur l'évaluation de la qualité de l'application de:

- ▲ la stratégie plainte et traitement en général;
- ▲ le traitement des affections respiratoires;
- ▲ le traitement du paludisme;
- ▲ le traitement de la diarrhée
- ▲ le programme élargi de vaccination; et
- ▲ la récupération nutritionnelle chez l'enfant.

En conséquence de la plus haute visibilité des éléments structurels de la qualité des soins, la disponibilité des produits pharmaceutiques en particulier, une haute priorité devrait être accordée à l'évaluation de la qualité des soins au niveau du processus de la prestation des soins. L'évaluation de la qualité au niveau du processus de la prestation des soins pourrait servir de mécanisme de feedback dans le cadre de la préparation technique des programmes de formation et de supervision.

Le Ministère de la Santé pourrait constituer une équipe technique, incluant le Système National d'Information Sanitaire, le CIMEFOR, le Projet Assurance de la Qualité de Tahoua, la Coopération

Médicale Belge qui, servirait de support aux techniciens des programmes intéressés pour adapter la méthodologie à chaque problème d'intérêt et opérationnaliser la mise en oeuvre de l'évaluation.

1.0 INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) du Niger est engagé dans un mouvement de réformes administratives et politiques dans le domaine de la réduction et du recouvrement des coûts dans les sous-secteurs hospitalier et non-hospitalier. Dans ce cadre, la Direction des Etudes et de la Programmation du MSP a mis en oeuvre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier entre Avril 1992 et Juillet 1994, avec l'assistance technique du Projet Financement et Pérennisation de la Santé (HFS), et le soutien financier de l'USAID et de la Banque Mondiale.

Les tests pilotes sont une recherche appliquée dont l'objectif est d'informer le choix de modes de paiement dans le cadre de la formulation d'une politique nationale de financement des soins de santé primaires impliquant la participation des populations dans la prise en charge des coûts des soins. Les tests pilotes sont structurés sur les formations sanitaires. Ils incluent trois composantes principales. Une première composante vise à rationaliser l'utilisation des ressources et à améliorer l'efficacité de la prestation des soins au niveau de la formation sanitaire par le biais de l'application systématique des stratégies plainte-traitement et l'utilisation de médicaments essentiels génériques dans la prestation des soins. La deuxième composante vise à renforcer les capacités de gestion au niveau de la formation sanitaire et à impliquer les populations, les bénéficiaires des soins de santé, à la gestion des formations sanitaires. Un système de gestion financière et de gestion des stocks de médicaments est mis en place dans chaque formation sanitaire. La dernière composante vise à mobiliser des ressources au niveau local par le biais de la participation des populations au financement des produits pharmaceutiques.

Dans le cadre de la généralisation du recouvrement des coûts au niveau national, les mêmes composantes techniques sont envisagées pour leur extension au niveau national: ce processus va nécessiter des ressources importantes. C'est parmi les efforts pour maximiser l'utilisation des ressources dans ce cadre que s'inscrivent les objectifs et l'étendue de la présente étude. Il s'agira d'identifier les voies et moyens pour stimuler la demande des soins de santé primaires au Niger par l'amélioration de la qualité et l'intégration des soins à des coûts que peuvent supporter durablement les populations. Dans cette perspective, l'étendue de l'étude est articulée aux niveaux des activités du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des formations sanitaires de base du Niger.

Restreindre l'étendue de l'étude à ce niveau agrégé des PMA, cependant, est aussi inscrite dans une démarche méthodologique qui permettrait de mettre en oeuvre une approche assez générale de l'évaluation de la qualité des soins dont les concepts et les instruments pourraient être adaptés à l'évaluation de la qualité d'activités sanitaires plus spécifiques: la récupération nutritionnelle, le traitement de la diarrhée, le traitement du paludisme, le traitement des affections respiratoires, etc... Cette perspective étend la pertinence de l'étude au-delà du Niger. Dans les pays africains, par exemple, où les ressources du secteur sanitaire sont très limitées, la rationalisation de l'utilisation des ressources est une priorité. Dans ce cadre, l'efficacité de la prestation des soins étant fonction de la compétence du personnel technique dans l'application de schémas thérapeutiques acceptés, l'identification de problèmes liés au processus de la prestation des soins est une première étape vers l'amélioration de l'utilisation des ressources aux niveaux des établissements des soins. Par ailleurs, la perception de la qualité des soins n'est pas nécessairement la même parmi les techniciens de la santé et les populations. Une divergence dans la perception de la

qualité des soins entre le technicien de la santé, qui conçoit la structure et le processus de la prestation des soins, et la population, qui consomme les produits et les services du système de santé, pourrait résulter à un gaspillage des ressources sanitaires.

La qualité des soins de santé est multidimensionnelle; de ce point de vue, elle n'est pas aisée à mesurer. Une approche, qui est de plus en plus acceptée, envisage l'évaluation de la qualité des soins à trois niveaux: la structure, le processus, et l'*outcome*, ou le résultat (Wouters, 1994; Donebedian, 1980). L'évaluation de la qualité des soins au niveau de la structure revient à déterminer la disponibilité des intrants du processus de la prestation des soins: à ce niveau l'évaluation repose sur le postulat que la qualité des soins est d'autant plus élevée que la disponibilité des intrants est adéquate, toutes choses égales par ailleurs. Au niveau du processus, l'évaluation de la qualité se base sur la détermination de la compétence du personnel soignant dans l'application de procédures et schémas thérapeutiques acceptées; à ce niveau, l'évaluation peut être étendue à la compréhension et l'application que les patients font des traitements qui leurs sont administrés. Finalement, la qualité peut être mesurée au niveau du résultat des soins (guérison de la maladie, ou vie sauvée) ou de la satisfaction que les patients ont des soins reçus.

Dans le cadre de la présente étude, l'équipe de médecins et infirmiers, chargée de la réalisation de l'étude, a opérationnalisé ces notions en les adaptant au paquet minimum d'activités des formations sanitaires de base du Niger. Les résultats présentés dans ce rapport sont basés sur les données collectées par la même équipe dans les formations sanitaires des arrondissements de Boboye, Say, et Illéla.

La suite du présent rapport est organisée en cinq sections. Dans une deuxième section, la méthodologie de l'étude de la qualité des soins est présentée. Les résultats de l'évaluation de la qualité des soins aux niveaux de la structure, du processus et de la perception des patients sont présentés respectivement aux sections 3, 4 et 5. Une dernière section discute des conclusions et des implications de l'étude.

2.0 METHODOLOGIE

L'introduction du paiement des soins dans le cadre des tests pilotes a été accompagnée d'interventions structurelles visant à améliorer techniquement la qualité des soins. Ces interventions incluent le renforcement des capacités techniques du personnel de santé à travers la formation en stratégie plainte-traitement, la mise en place de stocks initiaux de médicaments essentiels génériques au niveau des formations sanitaires test, et le renforcement de la capacité de gestion des stocks de médicaments. La conception des tests pilotes, par la définition d'arrondissement test où sont mises en oeuvre les interventions du projet et l'observation d'un arrondissement contrôle, offre un cadre favorable pour l'évaluation de la qualité des soins sous le recouvrement des coûts et son implication sur les performances du système de santé du district.

2.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'**objectif à long-terme** de la présente étude est de stimuler la demande des soins de santé primaires au Niger par des améliorations durables de la qualité des soins qui répondent aux besoins de la population. Une meilleure connaissance des facteurs qui influent sur la qualité des soins et la perception et la volonté des populations de payer pour des améliorations de la qualité des soins, permettrait au Ministère de la Santé Publique de renforcer les capacités opérationnelles des districts sanitaires et d'asseoir durablement les soins de santé primaires au Niger.

Le sous-projet tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier a engagé l'étude dans les arrondissements test de Boboye et de Say, et de l'arrondissement contrôle d'Illéla afin d'atteindre les **objectifs immédiats** suivants:

- ▲ évaluer la qualité des soins dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts;
- ▲ comparer les changements et les différences de qualité des soins dans les arrondissements test et l'arrondissement contrôle;
- ▲ identifier les interventions des tests pilotes qui ont contribué aux changements de la qualité des soins;
- ▲ identifier les contraintes structurelles de l'intégration des soins curatifs, préventifs et promotionnels aux niveaux des centres médicaux, postes médicaux et dispensaires ruraux; et
- ▲ décrire la perception de la qualité des soins par les utilisateurs et les dimensions de la qualité qui affectent la demande des soins.

L'étude est réalisée par le sous-projet des tests pilotes de recouvrement des coûts, avec l'assistance technique du Projet HFS. Elle est réalisée avec la collaboration technique de la Coopération Médicale Belge de Dosso, la Projet Assurance de la Qualité de Tahoua, la Circonscription Médicale de Formation et de Recyclage (CIMEFOR), et des techniciens nigériens ayant une longue expérience des soins de santé primaires au Niger.

2.2 AIRE DE L'ETUDE

Afin d'atteindre les objectifs immédiats spécifiés plus haut, l'étude est réalisée dans les centres médicaux, les postes médicaux et les dispensaires ruraux des circonscriptions médicales de Boboye, de Say, et d'Illéla. Le choix de ce niveau du système de santé et de ces trois arrondissements est guidé par le fait que ces entités techniques constituent les points d'entrée des populations au système formel de santé et les unités opérationnelles du système de santé publique dans le cadre de la protection et de la promotion sanitaires d'une part.

D'autre part, la mise en oeuvre des interventions des tests pilotes de recouvrement des coûts dans les arrondissements de Boboye et de Say a introduit une variabilité dans la prestation des soins des formations sanitaires au niveau local: la prestation des soins dans l'arrondissement d'Illéla est une image de la prestation des soins prévalente dans la majorité des circonscriptions médicales du pays où les stratégies plainte-traitement (SPT) et/ou le recouvrement des coûts ne sont pas administrés; la longue expérience de l'administration des SPT dans l'arrondissement de Boboye est en contraste avec la nouvelle introduction des SPT dans l'arrondissement de Say. Par ailleurs, en plus des dotations traditionnelles en médicaments et matériel de l'Etat, des stocks de médicaments et un nouveau système de gestion des médicaments ont été introduits dans les arrondissements de Boboye et de Say dans le cadre du projet des tests pilotes; contrairement à l'arrondissement d'Illéla où la disponibilité des médicaments a été assurée principalement par les dotations de l'Etat.

Enfin, la réalisation des tests pilotes dans les trois arrondissements a permis de compiler des informations quantitatives sur l'activité des formations sanitaires, les coûts des intrants de la prestation des soins, et les revenus qui ont été générés dans le cadre du recouvrement des coûts. Par conséquent, les informations additionnelles qui ont été collectées dans le cadre de l'étude sur la qualité sont complémentaires aux informations compilées durant les tests pilotes vers une meilleure compréhension du système de prestation des soins des districts sanitaires du pays.

2.3 ETENDUE DE L'ETUDE

L'étude est constituée de trois composantes. La première composante est une évaluation des **éléments structurels** de la prestation des soins et de leurs changements suite au démarrage des tests pilotes. La deuxième composante est une évaluation du **processus** de la prestation des soins et des changements qui y sont intervenus. La troisième composante consiste en la détermination du niveau de **satisfaction des patients** vis à vis des soins reçus dans les formations sanitaires publiques, retenue comme indicateur des **résultats** de la prestation des soins. Enfin, au niveau de la composante structurelle, les **contraintes de l'intégration** des soins seront identifiées: il s'agira de déterminer si l'intégration des soins est contrainte par la disponibilité des intrants (inputs) des soins curatifs et/ou des soins préventifs.

2.3.1 Structure de la prestation des soins

Cette première composante consiste à documenter la disponibilité et l'état de fonctionnement des intrants (inputs) de la prestation des soins. L'attention est portée sur les éléments suivants:

- ▲ les ressources humaines,
- ▲ les produits pharmaceutiques,
- ▲ et l'organisation des activités de soins.

La disponibilité des deux premiers éléments structurels et leurs changements avec le démarrage des tests pilotes d'une part, et l'organisation des activités de soins d'autre part ont été examinées au niveau des vingt-trois (23) centres médicaux, postes médicaux et dispensaires ruraux publiques de l'aire d'étude. Il s'agit non seulement d'évaluer la qualité des soins sur la base de la disponibilité des intrants de la prestation des soins, mais aussi d'identifier les contraintes structurelles de l'intégration des soins.

La collecte et l'analyse des informations sur la structure de la prestation des soins sont articulées sur les trois éléments¹. A ce niveau, la première unité d'observation et d'analyse est l'unité de soins; par ailleurs, dans le cadre de l'étude de la formation reçue par les agents de santé, l'unité d'observation et d'analyse est l'agent de santé.

2.3.2 Processus de la prestation des soins

Cette deuxième composante couvre les activités des soins curatifs en exécution dans le cadre des formations sanitaires de premier niveau au Niger. Elle consiste en l'observation des consultations dans le cadre des séances soins curatifs et l'orientation des malades vers les autres activités du paquet minimum d'activités (CNS\PEV, les CPN, les CRENA(I), et la planification familiale (PF)). Une attention particulière est portée sur les soins curatifs qui ont été une des activités-cibles des changements introduits avec les tests pilotes de recouvrement des coûts. Dans ce cadre, l'investigation de la qualité est structurée sur les cinq temps suivants:

¹ Des informations ont été collectées sur les équipements et mobiliers médicaux. Les résultats de ce module ne sont pas présentés dans le présent rapport.

TABLEAU 2.1
COMPOSANTES DE L'ETUDE:¹ R•SUM•

Niveau de Mesure de la Qualit,	Paquet Minimum d'Activit,s				
	Soins Curatifs	SNS\PEV	CPN	CRENA(I)	PF
STRUCTURE					
PROCESSUS					
RESULTATS (OUTCOME)					

¹ L',quipe de conception de l',tude a jug, opportun de limiter l',tendue de l',valuation de la qualit, aux niveaux du processus et des r,sultats aux activit,s des soins curatifs dans le cadre de cette premiŠre ,tude. L',quipe a par ailleurs recommand, que d'autres projets actifs dans le domaine des soins de sant, primaires r,alisent l',tude sur la qualit, aux niveaux des autres composantes du paquet minimum d'activit,s.

- ▲ accueil et empathie,
- ▲ interrogatoire,
- ▲ constantes,
- ▲ examen clinique,
- ▲ décision.

Il s'agit dans ce cadre d'évaluer la compétence du personnel soignant dans l'application des schémas thérapeutiques utilisés dans le cadre des soins de santé primaires au Niger en général, les stratégies plainte-traitement en particulier. A cet effet, l'unité d'observation et l'unité d'analyse sont constituées par les consultations².

2.3.3 Résultats de la prestation des soins: satisfaction des patients

Les résultats de la prestation des soins n'ont pu être évalués que du point de vue de la satisfaction des patients vis à vis des soins reçus. Par ailleurs, l'attention a été portée sur la perception que les patients ont des éléments structurels et du processus de prestation qui, selon leur jugement, sont garants d'une qualité des soins: en d'autres termes, il s'agit de décrire les éléments qui entrent dans une définition de soins de qualité tels que perçus par les populations. Par conséquent, cette composante a été structurée sur deux éléments:

- ▲ la satisfaction des patients vis à vis des soins reçus; et
- ▲ la perception des patients de soins de qualité.

Le unités d'observation et d'analyse dans ce cadre est constituée par le patient.

2.3.4 Collecte des Données

Des quantités importantes d'informations sur différentes dimensions de la qualité des soins aux niveaux des formations sanitaires de l'aire du projet ont été déjà collectées dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes. En effet, des informations sur les livraisons de médicaments, la consommation des médicaments, les ruptures de stock et des inventaires ponctuelles des médicaments ont été compilés au cours de l'année test. Par ailleurs, deux enquêtes ménage sur la demande des soins ont été réalisées avant le démarrage et durant les tests pilotes. Par conséquent, les informations qui seront collectées dans le cadre présent serviront à compléter l'information déjà existante.

Afin d'opérationnaliser les objectifs immédiats de l'étude, plusieurs questions de recherche ont été formulées dans le cadre de la conception de l'étude. Le processus de formulation des questions de recherche a abouti sur la conception de trois instruments de collecte. Par ailleurs trois équipes de collecte et d'analyse de l'information ont été constituées afin de réaliser l'étude sur le terrain.

² La composante processus a ,t, aussi ,valu,e du point de vue de la compr,hension que les patients ont des traitements qui leur sont administr,s. Dans le cadre du pr,sent rapport, les donn,es de ce module ne sont pas analys,es.

2.3.5 Instruments de collecte

La diversité des unités d'observation des différentes composantes de la qualité des soins et l'organisation de la prestation des soins dans les formations sanitaires ont guidé la structure des instruments de collecte qui sont utilisés pour la collecte des données dans le cadre de l'étude. Trois documents de collecte sont produits dans ce cadre (voir Annexe B):

- ▲ Document 1: Intrants et Organisation de la Prestation des Soins;
- ▲ Document 2: Processus de la Prestation des Soins Curatifs;
- ▲ Document 3 Patients.

DOCUMENT 1. L'objectif du **document 1** est d'évaluer la disponibilité et l'état de fonctionnement des intrants de la prestation des soins d'une part, et de décrire l'organisation de la prestation des soins d'autre part. Le document est composé de cinq modules:

- ▲ Module 1-1: Equipements et Mobiliers Médicaux;
- ▲ Module 1-2: Ressources Humaines;
- ▲ Module 1-3: Vaccins et Contraceptifs;
- ▲ Module 1-4: Guides et Supports de Gestion et de Suivi;
- ▲ Module 1-5: Organisation de la Prestation des Soins.

DOCUMENT 2. L'objectif du **document 2** est d'évaluer la compétence des agents de santé dans l'application des schémas thérapeutiques appliqués au niveau des soins de santé primaires au Niger en général, des stratégies plainte-traitement en particulier. A cet égard, le document est organisé selon les différents temps de la consultation curative:

- ▲ Module 2-1: Accueil et Ampathie;
- ▲ Module 2-2: Interrogatoire;
- ▲ Module 2-3: Constantes;
- ▲ Module 2-4: Examen Clinique;
- ▲ Module 2-5: Décision;
- ▲ Module 2-6: Orientation-Intégration.

DOCUMENT 3. L'objectif du **document 3** est d'évaluer la compréhension que les patients ont des traitements administrés par les agents de santé, la satisfaction vis à vis du traitement reçu, et de décrire les éléments des soins qui attirent, ou déterrent le plus, les populations à utiliser les formations sanitaires. Le document est constitué de trois modules:

- ▲ Module 3-1: Compréhension des Traitements;
- ▲ Module 3-2: Satisfaction des Patients;
- ▲ Module 3-3: Perception de la Qualité des Soins.

2.3.6 Taille de l'investigation.

Le tableau 2 suivant résume les dimensions de l'investigation. L'investigation était prévue auprès de toutes les vingt-trois formations sanitaires des trois arrondissements de Boboye, Say et Illéla. Les contraintes logistiques et les inondations, suite à la forte pluviométrie d'Août, n'ont pas permis de réaliser la collecte au niveau du dispensaire rural de Bolsi dans l'arrondissement de Say: en d'autres termes, vingt-deux formations sanitaires ont pu être couvertes par la collecte des données. Tout le personnel des formations sanitaires couvertes a subi l'interview du module 1-2 portant sur les formations et supervisions suivies.

TABLEAU 2-2 TAILLE DE L'INVESTIGATION				
Document	Module	Unit, d'Observation	Nombre par formation sanitaire	Total
Document 1	Module 1-1	Etablissement	1	22
	Module 1-2	Personnel	(variable)	130
	Module 1-3	Etablissement	1	22
	Module 1-4	Etablissement	1	22
	Module 1-5	Etablissement	1	22
Document 2	Modules 2-1...6	Consultation	10	220
Document 3	Modules 3-1...3	Patient	10	220

Dans chacune des formations sanitaires couvertes, il était prévu de sélectionner au hasard 10 patients: les consultations des patients devaient être suivies par l'équipe médicale chargée de l'évaluation à l'aide du document 2; les même patients étaient interviewés avec le document 3. Ainsi, il était prévu d'observer 220 consultations, et d'enquêter les 220 patients dont les consultations ont été observées.

2.3.7 Organisation de la collecte

Trois équipes de trois membres, dont une équipe par arrondissement, ont été constituées pour réaliser l'étude sur le terrain. Etant donnée la nature technique de l'évaluation, chaque équipe était dirigée par un médecin. Le médecin était chargé de l'opération d'évaluation au niveau de l'arrondissement. Chaque médecin était supporté par un infirmier et un chauffeur.

Le médecin et l'infirmier étaient chargés d'inventorier les équipements et mobiliers médicaux, d'évaluer la disponibilité des vaccins et produits contraceptifs durant les douze derniers mois, et d'enquêter le personnel sur les formations et supervisions reçues dans le cadre du paquet minimum d'activités.

Par ailleurs, le médecin était chargé de suivre les consultations des patients sélectionnés afin d'évaluer la qualité du processus de la prestation des soins. A la sortie des patients, dont les consultations ont été suivies par le médecin, l'infirmier de l'équipe de collecte soumettait successivement les mêmes patients à l'interview des 'patients'.

Les médecins et infirmiers, impliqués dans la réalisation de l'étude, ont tous participé dans l'atelier de conception, tenu à Dogon Doutchi, pour développer la méthodologie et les instruments de collecte de l'opération. L'atelier de conception a eu lieu en Juillet 1994; la réalisation de l'étude sur le terrain, en Août 1994.

3.0 STRUCTURE DE LA PRESTATION DES SOINS

Typiquement, la prestation des soins dans un établissement de soins donné est organisée en activités plutôt homogènes dont les fonctions respectives sont définies selon des problèmes de santé donnés. Dans le cadre des soins de santé primaires au Niger, la définition du Paquet Minimum d'Activités (PMA) sert cette fonction. Toutes choses égales par ailleurs, un établissement de soins devrait disposer des intrants nécessaires à la prestation des soins pour assurer une qualité adéquate des soins fournis à travers l'administration du PMA. De même, une évolution vers l'intégration des activités serait contingente de la disponibilité des intrants spécifiques à chaque activité. La présentation des résultats sur les éléments structurels de la prestation des soins dans cette section est inscrite dans cette perspective. L'attention est portée, d'une part, sur les formations et la supervision du personnel, en tant que composantes structurelles qui développent les capacités du personnel à réaliser les tâches spécifiques aux activités du PMA, et d'autre part, la disponibilité des produits pharmaceutiques.

3.1 FORMATION ET SUPERVISION: PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS (PMA)

Le personnel des 22 formations sanitaires, servant de base à la présente étude, est constitué de 130 agents en Août 1994. Ces 130 agents sont composés de 3 médecins, qui assurent la direction technique et administrative de leur district sanitaire respectif, 76 infirmiers et 12 sage-femmes; les 39 agents restant incluent des techniciens de laboratoire, des techniciens et agents d'hygiène et d'assainissement, des assistantes sociales, des gestionnaires et chauffeurs.

A tous les agents des formations sanitaires, des questions ont été posées sur les formations reçues en relation aux activités spécifiques du PMA, la période de leur dernière formation, et le nombre de supervisions reçues durant les douze derniers mois (voir Document 1, module 1-2 de l'Annexe B). La base de l'analyse présentée ci-dessous est restreinte aux formations reçus par les 91 médecins, infirmiers et sage-femmes. La couverture des différentes formations est discutée dans les paragraphes suivants (*voir figure 1*).

3.1.1 Formation et supervision: niveaux de couverture

La couverture de la formation en SPT reflète la conception et la mise en oeuvre des tests pilotes. Par conséquent, elle est limitée principalement aux agents des districts sanitaires de Boboye et de Say. Parmi les agents du district de Boboye, 43 pour cent n'ont pas reçu de formation en SPT; 5 pour cent ont reçu leur dernière formation avant 1992; et 52 pour cent, entre 1992 et 1994. La forte proportion d'agents n'ayant pas reçu de formation en SPT dans le district reflète le mouvement des agents qui sont entrés dans le personnel du district après le démarrage des tests pilotes. Dans le district de Say, 25 pour cent des agents n'ont pas reçu de formation en SPT; à l'autre extrême, 75 pour cent des agents ont reçu leur dernière formation entre 1992 et 1994 reflétant ainsi la nouvelle introduction des SPT dans le district de Say. Enfin, dans le district d'Illéla, la majorité des agents, 88 pour cent, n'ont pas été formés en SPT. En tant que composante des interventions des tests pilotes de recouvrement des coûts, comme la formation SPT, le

schéma dans le temps et la couverture de la formation en Gestion est fortement corrélée avec la formation en SPT.

Comparée à la formation en SPT, la formation en PEV est plus ancienne et plus étendue sur le temps et à travers les trois districts. Par ailleurs, une large proportion des agents n'a jamais reçu une formation en PEV. Dans le district de Boboye, plus de la moitié des agents (55 pour cent) n'ont pas reçu de formation en PEV; 26 pour cent ont reçu leur dernière formation avant 1992; et 19 pour cent, entre 1992 et 1994. Dans le district de Say, 47 pour cent des agents n'ont pas encore reçu de formations en PEV. Cependant, 28 pour cent des agents ont reçu leur dernière formation avant 1992, et 25 pour cent après 1992. Le schéma et la couverture de la formation PEV sont comparables entre les district d'Illéla et de Say.

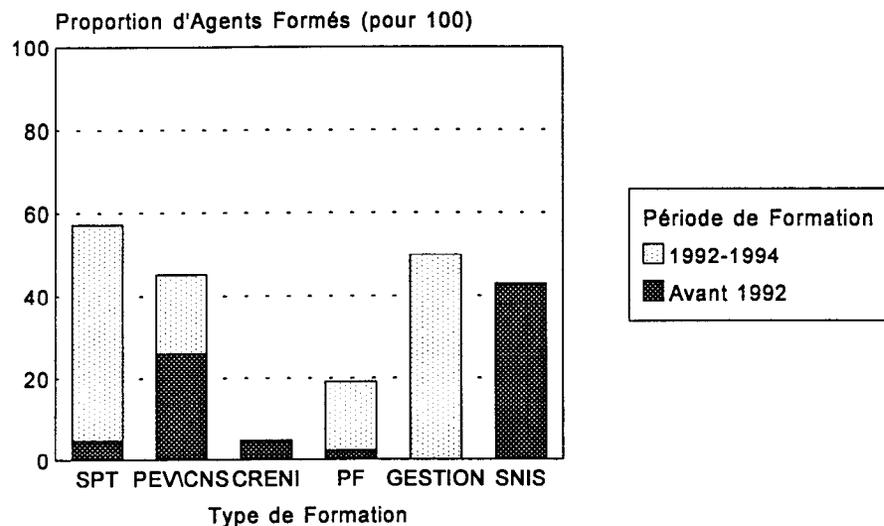
La couverture de la formation en CRENI parmi les trois districts est assez déséquilibrée. Seuls les agents du district de Say semblent avoir bénéficié d'une formation CRENI avant 1992 (34 pour cent des agents). Dans les deux autres districts, la majorité des agents n'ont jamais reçu de formation en récupération nutritionnelle: 95 pour cent des agents à Boboye et 94 pour cent à Illéla n'ont jamais été formés en CRENI.

Le contraste entre le district de Say d'une part et les districts de Boboye et d'Illéla est aussi apparent au niveau de la couverture de la formation PF. Non seulement la couverture de la formation PF est plus élevée à Say comparé aux autres districts, mais aussi la formation y est plus récente. Ce schéma reflète les effets de la couverture du district de Say par le Projet Population de la Banque Mondiale, couverture qui n'est pas étendue aux districts de Boboye et d'Illéla.

Le schéma et la couverture de la formation SNIS sont comparables dans les trois districts. Entre 47 et 57 pour cent des agents des districts n'ont jamais reçu de formation SNIS. La majorité des agents qui ont été formés, entre 42 et 47 pour cent, ont reçu leurs formations avant 1992.

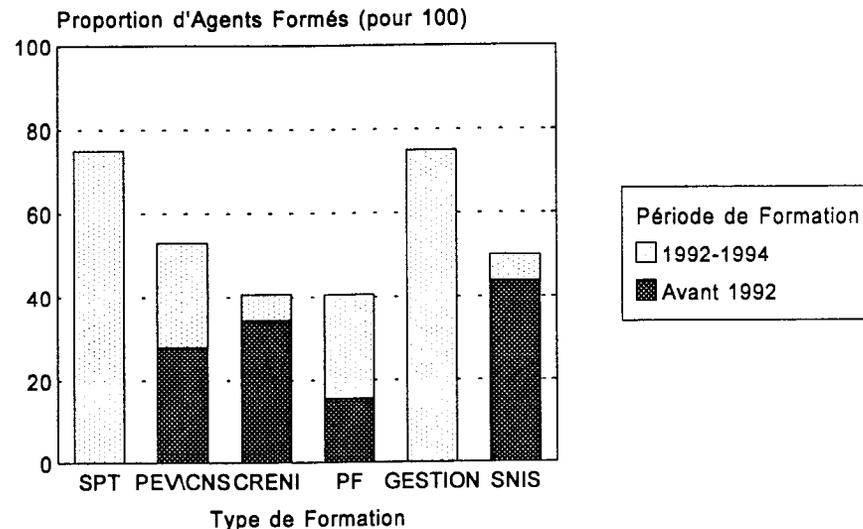
Les formations engagées dans le cadre des tests pilotes, formation SPT et formation en gestion, ont couvert les différents types de formation sanitaire de façon homogène (voir tableau A1.2); ce schéma est aussi observé dans le cadre de la plus ancienne formation SNIS. Ce schéma est en contraste, cependant, avec le schéma des formations dans les activités du PMA, administrées par les programmes verticaux. En effet, les programmes verticaux ciblent les centres et postes médicaux en premier lieu dans le cadre des activités de formation; la couverture des activités de formation est ensuite étendue aux dispensaires ruraux. Cette progression est typique des programmes PEV et PF: elle semble indiquer la contrainte structurelle de la disponibilité des maternités et des PMI rien qu'aux niveaux des centres et postes médicaux. A l'autre extrême, la formation CRENI n'a pas encore couvert significativement les postes médicaux et les dispensaires ruraux.

Figure 1.1a
Formation du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA
District Sanitaire de Boboye: Août 1994



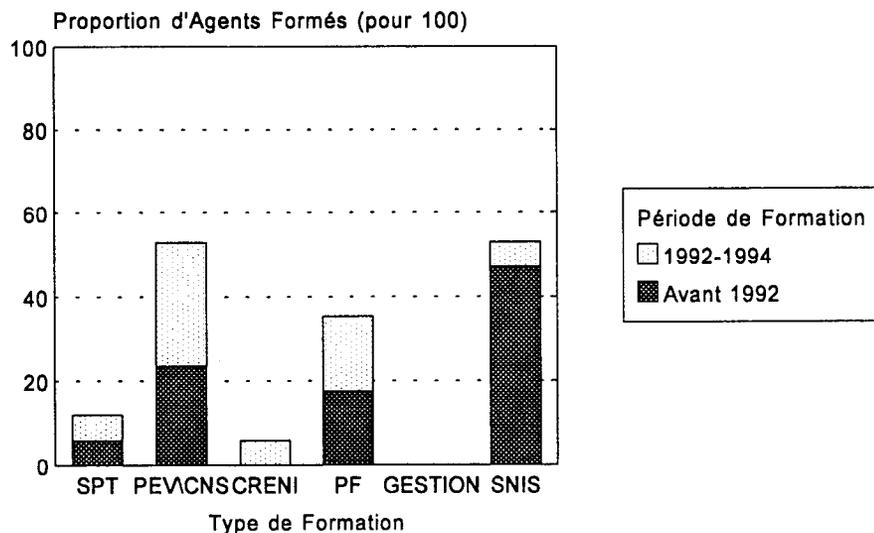
Médecins, infirmiers et sage-femmes
PMA: Paquet Minimum d'Activités

Figure 1.1b
Formation du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA
District Sanitaire de Say: Août 1994



Médecins, infirmiers et sage-femmes
PMA: Paquet Minimum d'Activités

Figure 1.1c
Formation du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA
District Sanitaire d'Illéla: Août 1994



Médecins, infirmiers et sage-femmes
PMA: Paquet Minimum d'Activités

La supervision des agents n'a pas été très active durant les douze mois précédant le mois d'août 1994 (voir figure 2.1). Parmi les activités du PMA, seules les activités du PEV ont été supervisées dans le district d'Illéla. Dans les districts de Boboye et de Say, le support de la supervision dans le cadre des tests pilotes a permis d'étendre les activités de supervision non seulement aux SPT et à la gestion, mais aussi aux autres composantes du PMA. Malgré cela, le niveau de supervision des agents a été faible dans les deux districts en général: la supervision du PEV en particulier.

Comme il pouvait être attendu, plus l'on descend la pyramide du système de santé du district, plus la couverture des agents supervisés est élevée. Il est remarquable, cependant, que la couverture des agents des postes médicaux soient de très faible niveau comparé à la couverture observée aux niveaux des dispensaires ruraux.

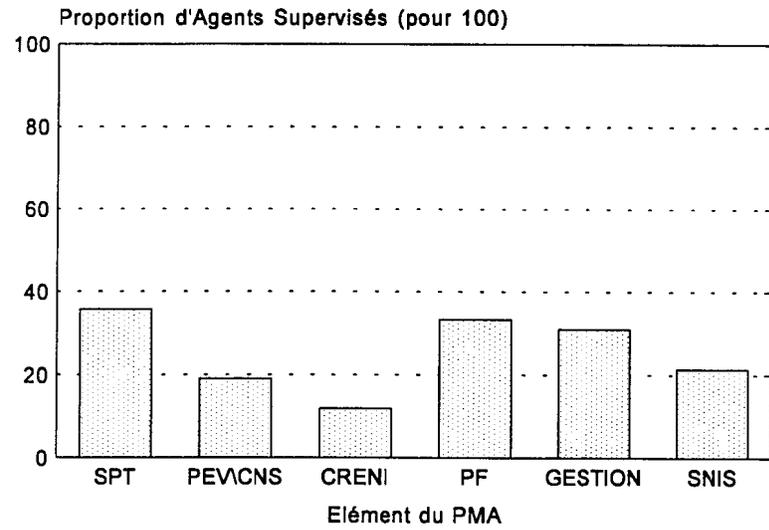
En résumé, trois éléments structurels se dégagent de cette analyse³. Premièrement, les agents des formations sanitaires de base ont reçues des séries de formation avant 1992 portant sur la mise en place des principales composantes du paquet minimum d'activités et l'activité de support du système national d'information sanitaire (SNIS). La faible corrélation entre ces différentes formations, cependant, suggèrent qu'elles ne visaient pas l'objectif de mettre en place un paquet d'activités intégrées. Deuxièmement, les agents ont reçu une formation en planification familiale (PF). La formation PF, cependant, a été ciblée principalement sur les sage-femmes; les agents du district de Say, par ailleurs, ont largement bénéficié de cette formation. Finalement, les formations en SPT et gestion, qui ont été mises en oeuvre dans le cadre des tests pilotes définissent une autre dimension structurelle qui a été mise en place plus récemment.

3.1.2 Besoins de formation

La majorité des agents ont été formés dans différents domaines avant 1992 d'une part, et la supervision a été très faible durant l'année passée d'autre part. L'implication immédiate de ce double constat s'articule sur la question de la déperdition des connaissances et des savoir-faire qui ont été transmis aux agents à travers les activités de formation.

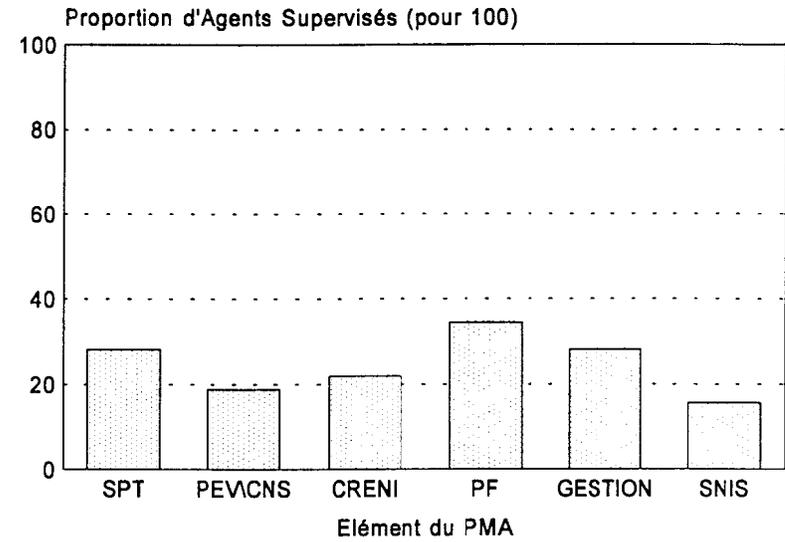
³ Lorsque des données contiennent des informations, mesurées sur plusieurs variables, qui se chevauchent, des analyses multivariées, comme l'analyse factorielle, permettent de réduire les relations entre les variables en un nombre restreint de facteurs non-correlés et ayant une signification conceptuelle (Kleinbaum and Kupper, 1978). L'analyse factorielle a été appliquée aux données sur les formations reçues par les agents dans la perspective de cerner les principaux éléments structurels des formations reçues par les agents: les résultats de ces analyses sont résumés dans le texte mais ne sont pas présentés en détails dans le présent rapport.

Figure 2.1a
Supervision du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA
District Sanitaire de Boboye: Août 1994



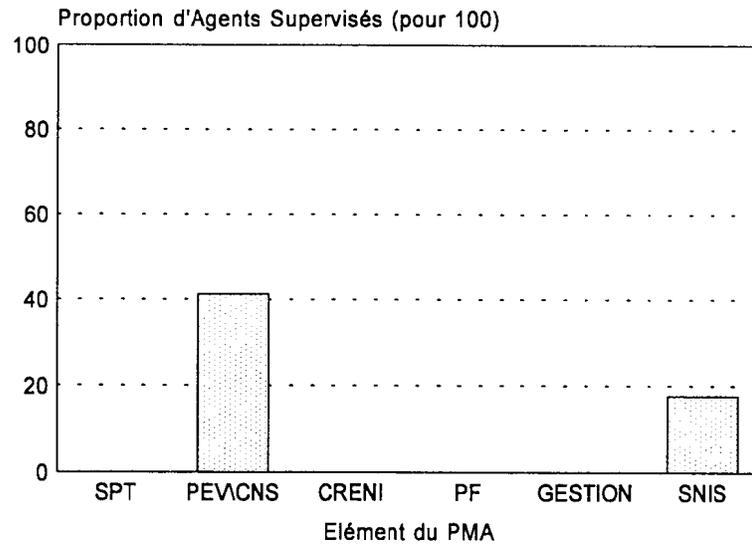
Médecins, infirmiers et sage-femmes
PMA: Paquet Minimum d'Activités

Figure 2.1b
Supervision du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA
District Sanitaire de Say: Août 1994



Médecins, infirmiers et sage-femmes
PMA: Paquet Minimum d'Activités

Figure 2.1c
Supervision du Personnel Médical et Paramédical dans l'Administration des Composantes du PMA
District Sanitaire de Illéla: Août 1994



Médecins, infirmiers et sage-femmes
PMA: Paquet Minimum d'Activités

Par conséquent, si qualité des soins doit être améliorée, et la prestation des soins au niveau des formations sanitaires de base doit évoluer vers une plus grande intégration, la question des besoins en formation est posée (*voir tableaux A3.1 et A3.2*)⁴.

En dehors des SPT et de la Gestion dans les districts de Boboye et de Say, et du PEV dans le district d'Illéla, la proportion des agents ayant un besoin élevé de formation est élevée dans tous les trois districts et les activités du PMA. L'exception des SPT et de la gestion dans les districts de Boboye et de Say est liée à la mise en oeuvre récente des tests pilotes dans les deux districts; l'exception du PEV à Illéla est liée à l'extension récente des stratégies du PEV aux dispensaires ruraux du district.

Les besoins de formation des agents sont plus élevés aux niveaux des postes médicaux. Ceci résulte non seulement de la faible couverture des formations, mais aussi du fait que les agents des postes médicaux sont pauvrement supervisés. Etant donné le nombre limité des agents aux niveaux des dispensaires ruraux, cependant, des besoins de formation non satisfaits à ce niveau sont plus contraignants pour l'extension de la couverture des activités préventives et promotionnelles.

En résumé, plusieurs agents ont été formés dans l'application des activités du PMA. Cependant, il ne semble pas y avoir eu d'efforts systématiques à assurer aux agents les formations dans différents domaines dans la perspective d'une plus grande intégration des services. Les schémas et la couverture des formations semblent avoir obéi à la logique de mise en place de programmes verticaux qui ont augmenté leur domaine d'interventions dans les activités des centres et postes médicaux, et des dispensaires ruraux: dans ce cadre, le programme PF semble avoir été contraint par la faible disponibilité des sage-femmes dans les trois districts sanitaires. Par ailleurs, il est remarquable que les formations PEV et PF n'ont couvert que respectivement 50 pour cent et 30 pour cent des agents des établissements de soins. Si le nombre d'agents en poste dans les centres et postes médicaux permet de lever la contrainte que pourrait poser ce niveau de couverture dans le cadre de la promotion des activités préventives, au niveau des dispensaires ruraux, où généralement un ou deux infirmiers sont postés, cette faible couverture est une contrainte assez sévère pour la promotion des activités préventives. Finalement, le district de Say est le seul district qui ait bénéficié des toutes les formations analysées dans cette section. La couverture des formations PF et PEV y est relativement élevée d'une part; d'autre part, les activités de formation des agents y sont plus soutenues dans le temps. Par ailleurs, le PEV a regagné du dynamisme dans le district d'Illéla où la couverture des activités de formation a été étendue aux dispensaires ruraux.

⁴ L'opérationnalisation de la détermination des besoins en formation a été, longuement discutée dans le cadre de l'atelier de conception de l'étude sur la qualité des soins tenu ... Douchi en Juillet 1994. Les niveaux de besoins de formation sont définis selon la règle suivante:

- **Faible:** agent ayant reçu une formation entre 1992 et 1994 et ayant reçu au-moins 3 visites de supervision durant les douze derniers mois (niveau de supervision défini comme ,tant ,troite);
- **Moyen:** agent ayant reçu une formation entre 1992 et 1994 et n'ayant pas ,t, supervisé, ,troitement durant les douze derniers mois; plus agent ayant reçu une formation avant 1992 mais ayant ,t, supervisé, ,troitement durant les douze derniers mois;
- **Élevé,:** agent ayant reçu une formation avant 1992 et n'ayant pas ,t, supervisé, ,troitement durant les douze derniers mois; plus agent n'ayant pas reçu de formation.

Relativement à la faible couverture vaccinale, aux niveaux élevés de malnutrition des enfants, et à la faible prévalence contraceptive dans les zones rurales du pays, les niveaux élevés des besoins en formation PEV, CRENI et PF dans les trois districts suggèrent que beaucoup d'efforts de formation devraient être engagés dans les années à venir si des améliorations significatives de la santé des enfants doivent être réalisées (Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux, EDSN 1992, 1993).

3.2 PRODUITS PHARMACEUTIQUES

L'évaluation de la qualité des soins au niveau des formations reçues par les agents a révélé des besoins élevés de formation des agents dans la perspective du renforcement des capacités des formations sanitaires de base: ces besoins sont moins visibles que les contraintes liées à la disponibilité des médicaments. En effet, les prestataires de soins et les bénéficiaires, à savoir les utilisateurs, sont toujours les premiers à constater les niveaux de la disponibilité des produits pharmaceutiques: cette visibilité des produits pharmaceutiques les situe au coeur des débats sur la qualité des soins. Dans cette sous-section, la disponibilité des produits pharmaceutiques dans les trois districts est résumée.

Des quantités importantes de données ont été collectées dans le cadre des tests pilotes sur la consommation et les mouvements des stocks de médicaments aux niveaux des formations sanitaires des districts test de Boboye et de Say: il n'a pas été possible de disposer de données comparables dans les formations sanitaires du district d'Illéla, étant donné qu'un système de gestion des médicaments n'y a pas été installé. Ainsi pour comparer la disponibilité des médicaments dans les trois districts, des mesures simples sont utilisées afin d'accommoder les contraintes des données d'Illéla: les livraisons de produits pharmaceutiques aux formations sanitaires durant le semestre de Juillet à Décembre 1993 sont utilisées comme indicateurs de la disponibilité.

Etant donnée la forte corrélation qui existe dans la disponibilité des différents produits pharmaceutiques au niveau des formations sanitaires, six articles essentiels vont être utilisés pour résumer l'information sur la disponibilité des produits: l'aspirine, la chloroquine, les vaccins antitétaniques (VAT) et antituberculeux (BCG), et enfin les pilules et les condoms. Ces six produits rendent compte de la disponibilité des produits pharmaceutiques au niveau de la prestation des soins autant aux niveaux des soins curatifs, des consultations prénatales, des vaccinations, des séances de planification familiale, que de la prévention du SIDA.

3.2.1 Médicaments

La *figure 3.1* résume la disponibilité de l'aspirine et de la chloroquine aux niveaux des postes médicaux et des dispensaires ruraux dans les trois districts entre Juillet et Décembre 1993⁵. Le contraste entre le district d'Illéla, d'une part, et les districts de Boboye et de Say, d'autre part, reflète le renforcement de la disponibilité des médicaments dans les deux derniers districts dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes de recouvrement des coûts.

Les faibles niveaux des quantités d'aspirine et de chloroquine qui ont été livrées aux postes médicaux et dispensaires ruraux dans le district d'Illéla sont en contraste avec les quantités de médicaments qui ont été livrées au district durant le semestre. En effet, dans l'ensemble, 10.000 comprimés d'aspirine et 78.000 comprimés de chloroquine ont été livrés aux formations sanitaires du district: aux quatre dispensaires ruraux et postes médicaux, 1.000 comprimés d'aspirine et 5.000 comprimés de chloroquine ont été livrés durant le semestre de Juillet à Décembre 1993; des rapports similaires ont été observés au niveau des sels de quinine en pleine saison du paludisme. Le centre médical a absorbé le reste. En d'autres termes, la faible disponibilité des médicaments au niveau des dispensaires ruraux et des postes médicaux dans le district d'Illéla reflète non seulement la faiblesse des dotations réelles de médicaments du gouvernement aux formations sanitaires, mais aussi les inadéquations dans l'allocation des ressources au niveau sous-régional.

3.2.2 Vaccins

Les *figures 3.2a, 3.2b, et 3.2c* résument la disponibilité des antigènes du programme élargi de vaccination aux niveaux respectivement des centres médicaux, des postes médicaux et des dispensaires ruraux dans les trois districts entre Juillet et Décembre 1993. Il apparaît que la disponibilité des vaccins était plus élevée dans le district d'Illéla comparé aux deux autres districts. Cette variabilité de la disponibilité des vaccins entre le district d'Illéla, d'une part, et les districts de Boboye et de Say, d'autre part, résulte de l'extension des stratégies du PEV aux dispensaires ruraux du district d'Illéla durant l'année 1993: avant 1993, la stratégie fixe du PEV était limitée au centre médical et au poste médical du district.

⁵ L'utilisation des postes médicaux et dispensaires ruraux dans le cadre de la discussion de la disponibilité, des médicaments n'est pas fortuite. Traditionnellement, les colis des dotations centrales en médicaments et équipements médicaux aux districts sanitaires sont réceptionnés au centre médical — sont maintenus les stocks de l'ensemble du district sanitaire. Il n'est pas rare de constater de longues ruptures de stocks de médicaments dans les dispensaires ruraux et les postes médicaux alors que les niveaux des stocks au niveau du district sont élevés. En effet, tant donné la faiblesse des dotations réelles des districts, les centres médicaux finissent souvent par absorber une part disproportionnée des dotations de leur district respectif: ainsi il est commun que le phénomène d'absorption des ressources sanitaires par les hôpitaux au niveau national, soit reproduit par le centre médical au niveau local.

Figure 3.1
Disponibilité des M dicaments aux Niveaux des PM et DR
Livraisons de M dicaments entre Juillet et D cembre 1993

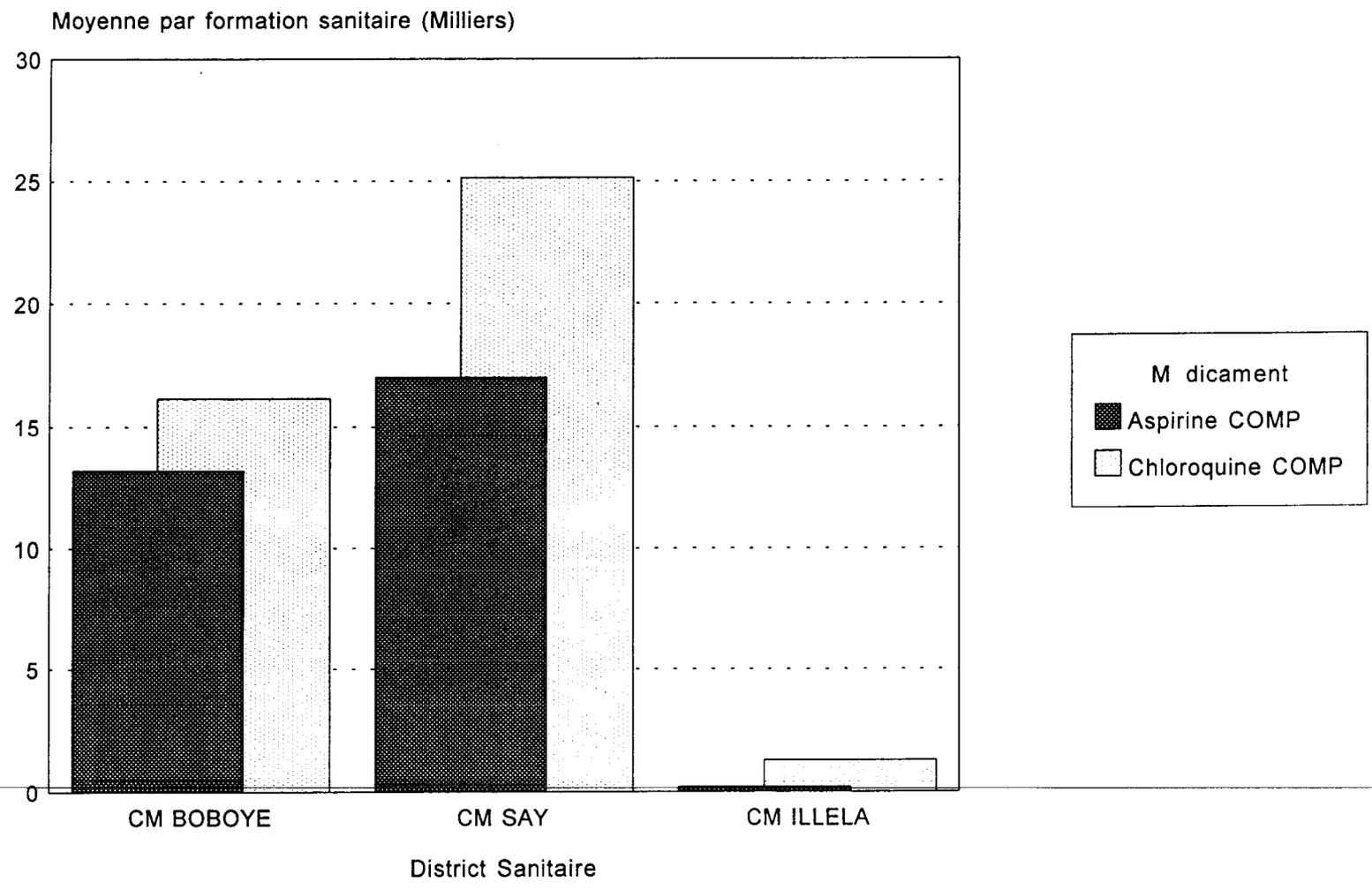


Figure 3.2a
Indicateurs de la Disponibilité d'Antigènes du PEV
Quantités de Doses Livrées entre Juillet et Décembre 1993

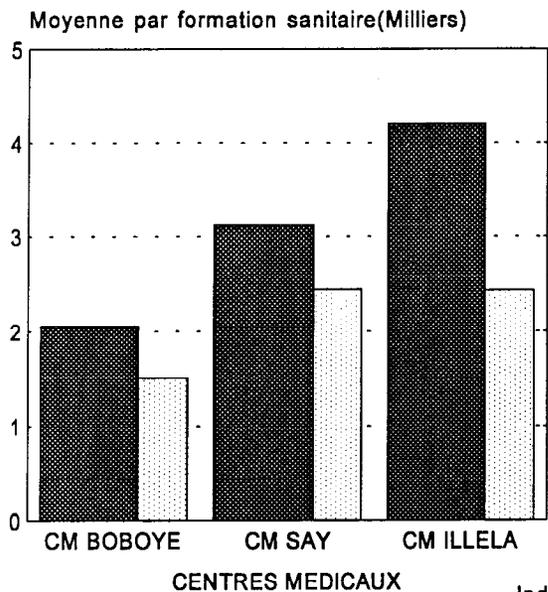


Figure 3.2b
Indicateurs de la Disponibilité d'Antigènes du PEV
Quantités de Doses Livrées entre Juillet et Décembre 1993

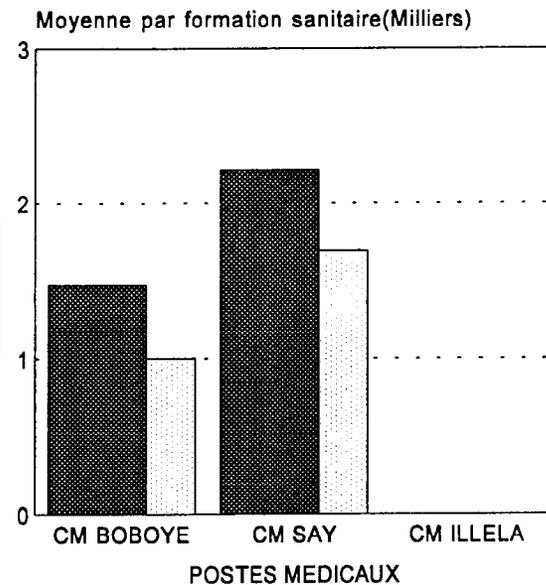
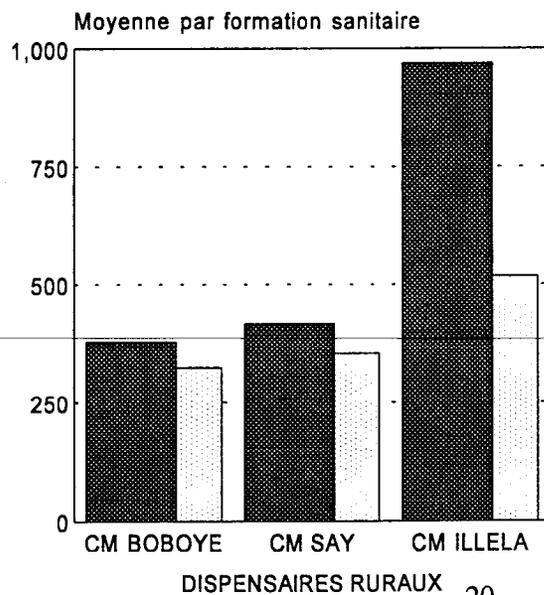


Figure 3.2c
Indicateurs de la Disponibilité d'Antigènes du PEV
Quantités de Doses Livrées entre Juillet et Décembre 1993



En effet, plus l'installation du PEV au niveau d'une formation sanitaire est ancienne, plus la disponibilité des vaccins est faible due aux inadéquations de la maintenance et des interruptions de la chaîne de froid. Ainsi, dans le district de Boboye, deux dispensaires ruraux parmi les dix formations sanitaires du district ont connu une interruption de la livraison de vaccins durant toute la période de Juillet 1993 à Juin 1994; par ailleurs, deux autres dispensaires ruraux ont connu une interruption des livraisons durant tout le semestre allant de Juillet à Décembre 1993. Dans le district de Say, deux dispensaires ruraux parmi les huit formations sanitaires du district ont connu une interruption de la livraison de vaccins durant la période de Juillet 1993 à Juin 1994. Dans le district d'Illéla, le poste médical de Bagaroua, où la stratégie fixe est plus ancienne comparé aux dispensaires ruraux du district, les livraisons ont été interrompues durant tout le semestre de Juillet à Décembre 1993.

En plus des contraintes liées au fonctionnement de la chaîne de froid, les pertes des doses des antigènes est un autre phénomène assez prévalent qui perturbe la disponibilité des vaccins aux niveaux des formations sanitaires. Les informations du district de Say, où le phénomène des pertes a été mesuré, donne un ordre de grandeur de sa prévalence. Durant la période de douze mois allant de Juillet 1993 à Juin 1994, sur 1.000 doses de vaccins antitétaniques (VAT) qui ont été utilisées, en moyenne 740 doses ont été perdues. Durant la même période, sur 1.000 doses de vaccins antituberculeux (BCG) qui ont été utilisées, en moyenne 1.380 doses ont été perdues. Les ratios de déperdition pour les autres antigènes du PEV se situent dans l'intervalle ayant prévalu pour le VAT et le BCG: en effet, c'est au niveau du VAT que les pertes sont plus faibles; à l'autre extrême, elles sont plus élevées pour le BCG.

3.2.3 Produits contraceptifs

Les *figures 3.3a, 3.3b*, et *3.3c* résument la disponibilité des produits contraceptifs aux niveaux respectivement des centres médicaux, des postes médicaux et des dispensaires ruraux dans les trois districts entre Juillet et Décembre 1993. En dehors des centres médicaux, la disponibilité des produits contraceptifs est plus élevée dans les formations sanitaires du district de Say comparé aux districts de Boboye et d'Illéla. En effet, la couverture du district de Say par le Projet Population de la Banque Mondiale a permis d'étendre la formation des agents des formations sanitaires, dispensaires ruraux inclus, en PF et de garantir une disponibilité relativement élevée de produits contraceptifs.

La disponibilité des dispositifs intrautérins (DIU) n'est observé qu'aux niveaux de centres médicaux de Say et de Birni N'Gaouré: en effet, les speculum, nécessaire dans l'acte d'insertion des DIU, ne sont disponibles qu'aux niveaux des maternités des centres et postes médicaux. Par ailleurs, les injectables sont disponibles dans toutes les formations sanitaires du district de Say et la moitié des formations sanitaires du district de Boboye; dans le district d'Illéla, cependant, ils ne sont disponibles qu'aux niveaux du centre médical et du poste médical.

Il est remarquable que la disponibilité des condoms soient très faible dans les formations sanitaires des trois districts, malgré le programme SIDA qui est actif dans le pays. En effet, sur toute la période annuelle de Juillet 1993 à Juin 1994, rien que la moitié des formations sanitaires des trois districts ont reçu des livraisons de condoms.

Figure 3.3a
Indicateurs de la Disponibilité de Produits Contraceptifs
Quantités d'Unités Livrées entre Juillet et Décembre 1993

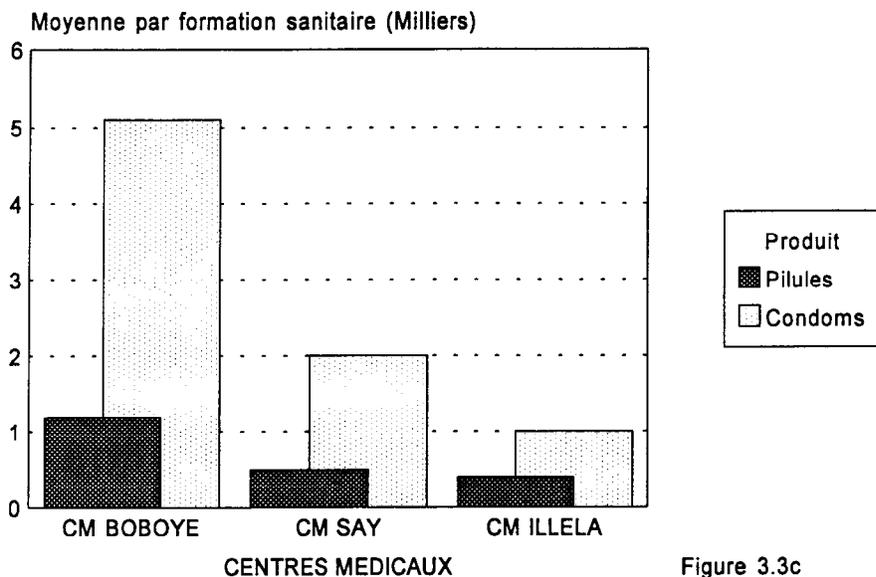


Figure 3.3b
Indicateurs de la Disponibilité de Produits Contraceptifs
Quantités d'Unités Livrées entre Juillet et Décembre 1993

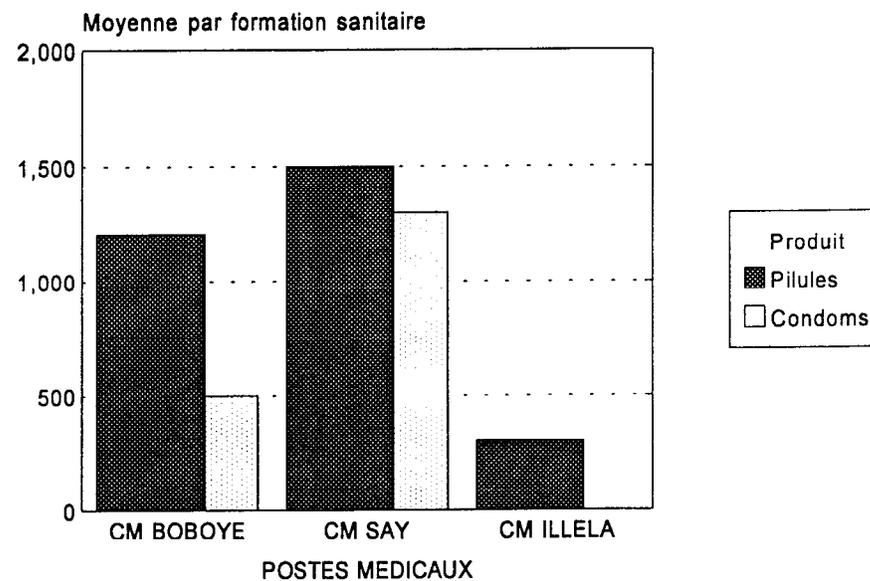
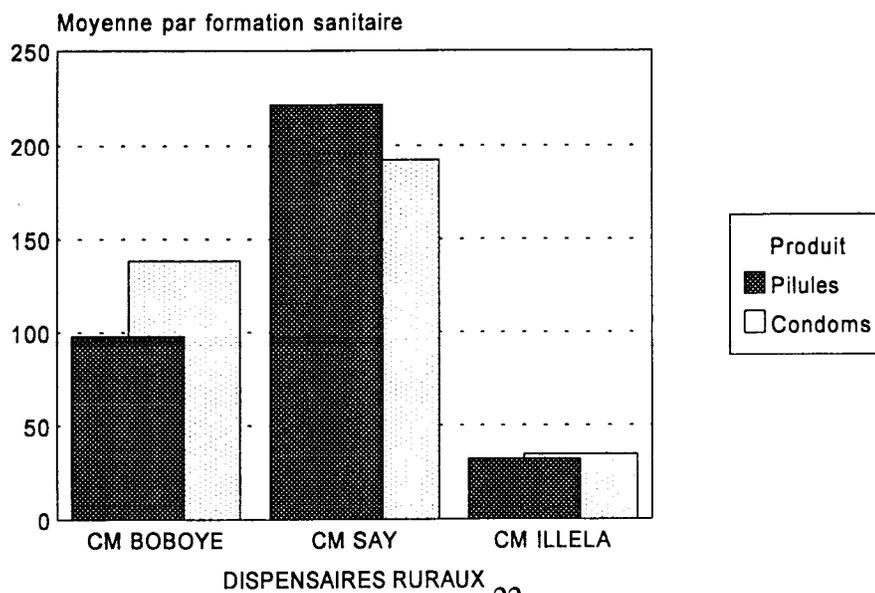


Figure 3.3c
Indicateurs de la Disponibilité de Produits Contraceptifs
Quantités d'Unités Livrées entre Juillet et Décembre 1993



En résumé, afin d'accommoder les contraintes des données dans le district d'Illéla, des mesures simples de la disponibilité des produits pharmaceutiques, basées sur les livraisons aux formations sanitaires de six produits essentiels au processus de prestation des soins composant le paquet minimum d'activités des formations sanitaires de base, ont été utilisées pour décrire la disponibilité des produits pharmaceutiques. Du point de vue des soins curatifs, les livraisons de médicaments dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans les districts de Boboye et de Say a permis une disponibilité élevée des médicaments comparée à la faible disponibilité dans les formations sanitaires du district d'Illéla. Dans ce dernier district, la faible disponibilité des médicaments au niveau des dispensaires ruraux et du poste médical, liée à la faiblesse des dotations réelles de médicaments du gouvernement central, a été accentuée par les inadéquations de l'allocation des ressources entre le centre médical et les autres formations sanitaires.

Du point de vue des activités de vaccination, les fréquentes et longues interruptions de la chaîne de froid dans les formations sanitaires où la mise en oeuvre de la stratégie fixe du programme élargie de vaccination est ancienne ont limité la disponibilité des vaccins. Par ailleurs, la forte déperdition des doses a rendu plus sévères les contraintes de la disponibilité des vaccins aux niveaux des formations sanitaires.

A l'exception des formations sanitaires du district de Say, la disponibilité des produits contraceptifs est faible dans les formations sanitaires de base de l'aire d'étude. Par ailleurs, le mix des produits est limité aux méthodes de contraception orale dans la plupart des formations sanitaires. La disponibilité des injectables et des dispositifs intrautérins dans les centres médicaux élargit le choix de méthode contraceptive aux acceptrices potentielles: une possibilité de choix qui pourrait être perçue comme une amélioration de la qualité des soins. Paradoxalement, cependant, en pleine épidémie du SIDA, la disponibilité des condoms est faibles dans tous les trois districts.

Les insuffisances dans la disponibilité des produits pharmaceutiques a sans nul doute affecté la qualité des services des formations sanitaires de base. Particulièrement, la faible disponibilité des médicaments dans le district d'Illéla a réduit les performances des séances de soins curatifs (Diop et als, 1994). Par ailleurs, les activités de vaccination ont été contraintes dans le district de Boboye par la pauvreté de la disponibilité des vaccins. Seul le district de Say était en position de garantir des soins curatifs et préventifs de qualité, la planification familiale incluse. Le déséquilibre dans la disponibilité des intrants des soins curatifs, d'une part, et des soins préventifs, d'autre part, a limité les possibilités de mettre en oeuvre une stratégie d'occasions manquées au niveau des formations sanitaires: le niveau des opportunités perdues a été sans doute plus improtant dans le district de Boboye où la disponibilité des médicaments a résulté sur une augmentation importante des consultations curatives.

3.3 ORGANISATION DU PMA

Sur la base des séances de soins organisées aux niveaux des formations sanitaires durant le mois précédant l'évaluation de la qualité par l'équipe de terrain, l'intensité des séances selon les composantes du paquet minimum d'activités est résumée dans la présente sous-section. Les *figures 3.4a, 3.4b, et 3.4c* résument l'organisation des séances des soins aux niveaux respectivement des centres médicaux, des postes médicaux et des dispensaires ruraux dans les trois districts.

Figure 3.4a

Organisation des Séances du Paquet Minimum d'Activités:
Proportion (%) de Temps les Séances Sont Organisées durant la Semaine de Travail

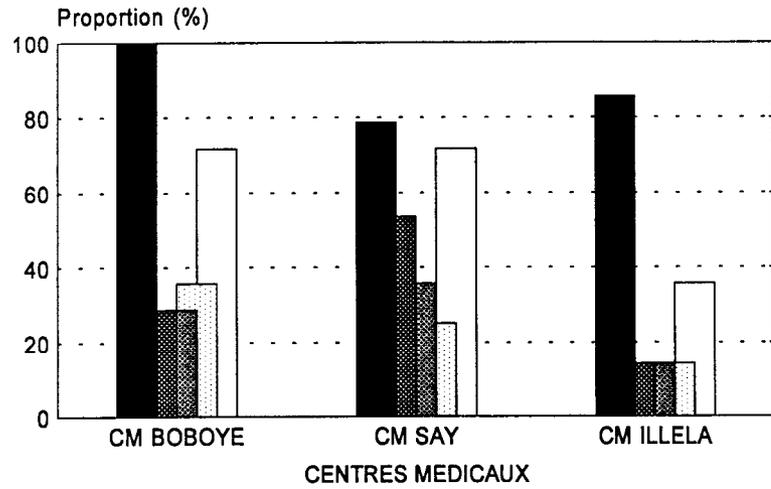


Figure 3.4b

Organisation des Séances du Paquet Minimum d'Activités:
Proportion (%) de Temps les Séances Sont Organisées durant la Semaine de Travail

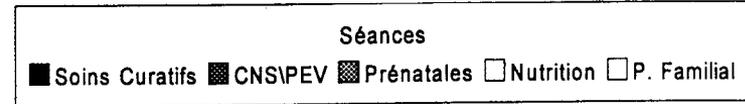
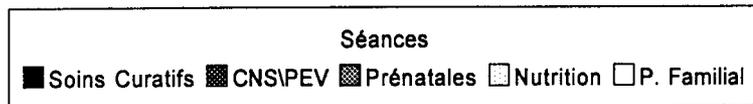
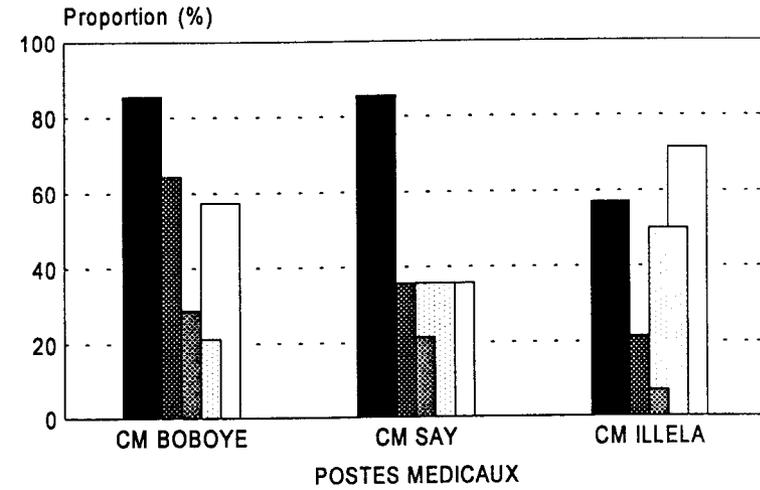
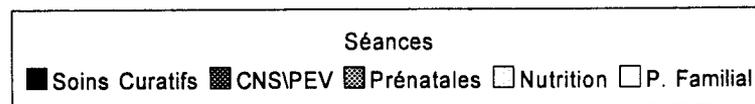
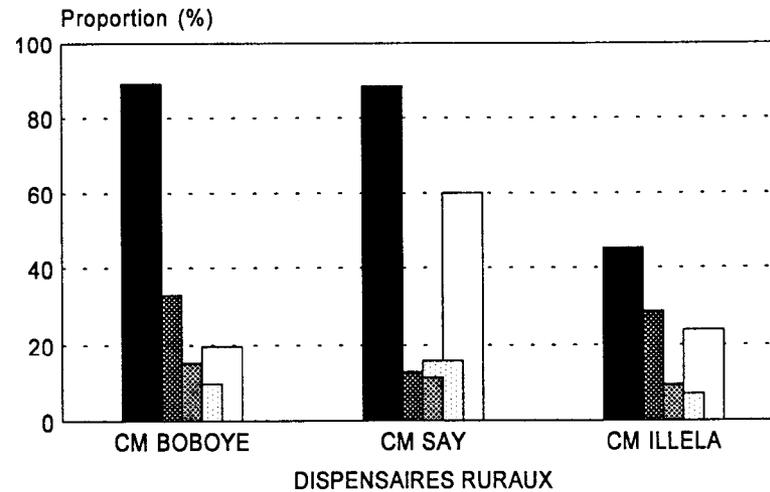


Figure 3.4c

Organisation des Séances du Paquet Minimum d'Activités:
Proportion (%) de Temps les Séances Sont Organisées durant la Semaine de Travail



Le contraste dans la disponibilité des médicaments entre le district d'Illéla, d'une part, et les districts de Boboye et de Say d'autre part, est reflété dans l'intensité des séances curatives aux niveaux des dispensaires ruraux et des postes médicaux. En effet, dans les postes médicaux et dispensaires ruraux des districts de Boboye et de Say, les séances de soins curatifs ont lieu tous les jours, matin et après-midi, sauf pour une journée de la semaine en conséquence de la fréquentation des formations sanitaires par les malades, attirés par les médicaments (Diop et al., 1994). En contraste, aux niveaux des postes médicaux et des dispensaires ruraux d'Illéla, les séances de soins curatifs n'ont lieu que durant la matinée: la majorité du personnel restant inutilisé durant environ la moitié de la journée. Que le centre médical fasse exception à ce schéma au niveau du district d'Illéla résulte du fait que le centre utilise la quasi-totalité de la dotation de médicaments du district.

L'intensité des séances de soins préventifs varie surtout entre le type de formation sanitaire plutôt qu'entre les districts. En effet, du centre médical au dispensaire rural, l'intensité des séances de Nourissons Sains\PEV, de consultations prénatales, et de récupération nutritionnelle baisse reflétant l'évolution non seulement de l'effectif du personnel selon le type de formation sanitaire, mais aussi de la composition du personnel: les sages-femmes et les assistantes sociales qui sont surtout actives dans le cadre de ces types de soins sont surtout affectées aux niveaux des maternités et/ou des centres de soins maternels et infantiles localisés aux niveaux des centres et postes médicaux.

Les séances de planification familiale au niveau du district de Say font exception à ce schéma général: en effet l'intensité des séances PF y est comparable d'un type de formation donné à un autre. Ceci est un résultat direct de la formation des agents des dispensaires ruraux en PF et de la relative disponibilité des produits contraceptifs dans les dispensaires du district.

Il est significatif que le nombre et la composition du personnel des dispensaires ruraux du district de Say soient comparables avec ceux de Boboye et d'Illéla. Les agents des dispensaires ruraux de Say ayant plus bénéficié de formations que les agents des autres districts, leurs capacités d'organiser les séances des différentes composantes du PMA sont plus élevées comparées à celles des deux autres districts. En effet, en moyenne dans 63 pour cent des matinées et après-midi de la semaine, au-moins deux activités du PMA sont organisées dans les dispensaires ruraux du district de Say; à l'autre extrême, une seule activité du PMA est organisée dans 74 pour cent des cas dans les dispensaires ruraux d'Illéla.

La relation entre l'effectif du personnel de la formation sanitaire et les capacités d'organiser les différentes composantes du PMA n'est pas linéaire. Au-dessous d'un effectif de deux agents, les formations sanitaires sont contraintes à organiser systématiquement les séances de soins curatifs et à alterner les séances de soins préventifs. Il est significatif, cependant, que le poste médical de Falmey, avec moins d'agents que le poste médical de Torodi et la moitié des agents des centres médicaux respectifs des trois districts, soit une des formations sanitaires où l'intensité des séances, autant des soins curatifs que des soins préventifs, est la plus élevée.

En résumé, la relative disponibilité des intrants variables de la prestation des soins en général, les produits pharmaceutiques en particulier, se reflète dans l'organisation des séances de soins dans les formations sanitaires, les possibilités d'intégration des services, et l'utilisation des intrants fixes, dont le personnel médical et paramédical. L'intensité des séances de soins préventifs baisse des centres médicaux aux dispensaires ruraux, reflétant la variabilité de l'effectif, mais aussi de la composition, du personnel de la formation sanitaire.

L'intensité des séances de planification familiale dans les dispensaires ruraux de Say et de toutes les composantes du PMA dans le poste médical de Falmey, cependant, suggèrent que, malgré leurs effectifs, la formation des infirmiers dans l'administration des différentes composantes du PMA et une disponibilité adéquate des produits pharmaceutiques permettraient une plus grande intégration des soins et une plus grande productivité du personnel de santé aux niveaux des formations sanitaires. En effet, une stratégie d'occasions manquées, où les agents de santé profiteraient de tout contact des individus avec la formation sanitaire pour leur administrer un large éventail de soins, la mise à jour de la vaccination chez les femmes et les enfants en particulier, serait plus opérationnelle aux niveaux des dispensaires ruraux et des postes médicaux.

4.0 PROCESSUS DE LA PRESTATION DES SOINS CURATIFS

Sur les 230 patients dont les consultations étaient prévues d'être suivies par l'équipe d'évaluation, 213 ont été effectivement suivies. L'évaluation de la qualité des soins au niveau du processus est basée sur les 213 consultations de patients. Les résultats sont présentés séquentiellement par rapport aux différents temps du schéma thérapeutique standard. Les résultats sur l'accueil et l'empathie sont présentés en premier lieu; la qualité de l'interrogatoire des patients en deuxième lieu; la prise des constantes et l'examen clinique en troisième lieu; la décision, l'utilisation des SPT et l'orientation des patients sont discutées en dernier lieu.

4.1 ACCUEIL ET APPROCHE

La *figure 4.1* résume la qualité de l'accueil et de l'approche des patients dans les trois districts. En moyenne, le cadre des consultations n'est satisfaisant que dans le district de Say et en dehors des centres médicaux. Dans les centres médicaux, la disponibilité d'espace et de mobilier, le nombre élevé d'agents intervenant dans le processus des soins curatifs, et le nombre relativement élevé des patients contraignent le personnel à organiser le tri dans un espace ouvert ne disposant pas de mobiliers adéquats. Ces contraintes sont moins sévères dans les postes médicaux et les dispensaires ruraux.

L'accueil des patients est généralement pauvre dans les formations sanitaires en dehors du district de Boboye; il est plus satisfaisant dans les formations sanitaires du district de Say comparées aux formations sanitaires d'Illela. En effet, dans la quasi-totalité des cas, les infirmiers de Boboye adressent des salutations aux patients et tentent de les sécuriser durant la consultation. De tels comportements sont très rares parmi les infirmiers d'Illela; ils sont fréquents parmi les infirmiers de Say comparés à ceux d'Illela. Le même schéma de variation entre les trois districts est observé au niveau de l'empathie et du tact de l'approche des patients par les infirmiers. Dans ce cadre, les infirmiers qui exercent aux niveaux des dispensaires ruraux sont plus performants que les infirmiers qui exercent aux niveaux des postes et centres médicaux.

4.2 INTERROGATOIRE

La *figure 4.2* résume la qualité de l'interrogatoire des patients par les infirmiers du tri dans les trois districts. Dans la quasi-totalité des consultations, l'écoute des patients par les infirmiers du tri est satisfaisant dans les formations sanitaires du district de Boboye. A l'autre extrême, l'écoute des patients par les infirmiers du tri est très pauvre dans le district d'Illela. Les performances des infirmiers du district de Say sont plus proches des performances des infirmiers de Boboye du point de vue de l'écoute des malades.

Dans 73 pour cent des cas, les infirmiers de Boboye donnent le temps aux patients de décrire leur mal; le même comportement est observé dans 67 pour cent des cas parmi les infirmiers de Say. A l'autre extrême, donner le temps aux patients de décrire le mal est un comportement très rare parmi les infirmiers d'Illela. Par conséquent, les infirmiers de Boboye et de Say demandent plus d'éclaircissements aux patients

que les infirmiers d'Illela. Dans tous les trois districts, les infirmiers demandent très rarement les antécédents des patients. Ce n'est uniquement parmi les infirmiers de Say qu'un nombre élevé de consultations, où les antécédents du patient ont été demandés, a été enregistré.

En résumé, dans 87 pour cent des consultations, les questions des infirmiers du tri ont été jugées pertinentes au niveau de l'interrogatoire dans le district de Boboye. Dans le district de Say, les questions ont été jugées pertinentes dans 70 pour cent des cas. A l'autre extrême, les questions n'étaient pertinentes que dans moins de 15 pour cent des cas dans le district d'Illela.

4.3 PRISE DES CONSTANTES ET EXAMEN CLINIQUE

La *figure 4.3* résume la qualité de la prise des constantes et de l'examen clinique des patients par les infirmiers du tri dans les trois districts. La prise de la température du malade est beaucoup plus fréquente parmi les infirmiers du district de Boboye comparés aux infirmiers de Say et d'Illela. En effet, dans 67 pour cent des cas où il était applicable, les infirmiers de Boboye ont pris la température du malade. Par ailleurs, l'occurrence de la prise de température n'a été observée que dans 43 pour cent et 35 pour cent des cas parmi les infirmiers de Say et d'Illela respectivement.

Les infirmiers du tri n'inspectent pas systématiquement les malades dans les trois districts. En effet, l'inspection du malade n'a été appliquée que dans 37 à 47 pour cent des cas dans les trois districts. De ce point de vue, la pratique des infirmiers du tri des trois districts est comparable. Parmi les consultations où l'infirmier du tri devait palper le malade, cet acte n'a été appliqué que dans 16 pour cent des cas dans le district de Boboye, 37 pour cent des cas dans le district de Say, et dans 8 pour cent des cas dans le district d'Illela.

4.4 DÉCISION ET ORIENTATION DU MALADE

La *figure 4.4* résume l'interaction entre l'infirmier du tri et le patient dans le cadre de la prise de décision et de l'orientation du malade dans les trois districts. Il est remarquable que la discussion du traitement avec le malade par l'infirmier du tri est un phénomène très rare dans les trois districts; de même, les infirmiers de tri ne discutent pas des alternatives de traitement avec les patients.

Par ailleurs, l'orientation des patients vers les autres soins du PMA, où cela est applicable, est une pratique très rare dans les formations sanitaires des trois districts. En effet, 17 pour cent des malades seulement ont été orientés vers d'autres soins dans les districts de Boboye et de Say, et 23 pour cent dans le district d'Illela. En d'autres termes, les infirmiers du tri ne profitent pas des contacts des patients avec la formation sanitaire au niveau des soins curatifs pour améliorer la couverture de la vaccination, et autres composantes du PMA. Cet aspect de l'intégration des activités est un point faible des formations sanitaires.

Figure 4.1
Soins Curatifs: Accueil et Approche des Malades
Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier du Tri Sont Satisfaisants

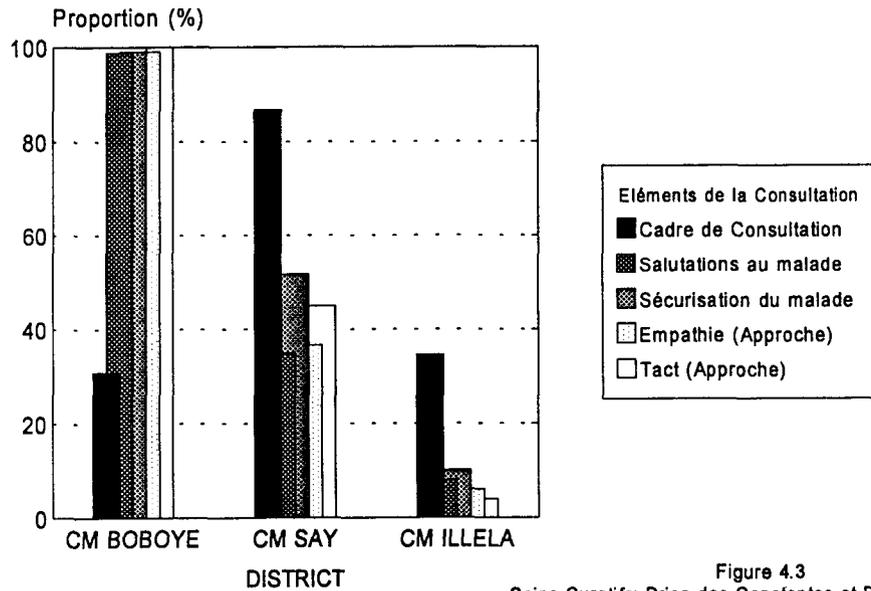


Figure 4.2
Soins Curatifs: Interrogatoire des Malades
Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier du Tri Sont Satisfaisants

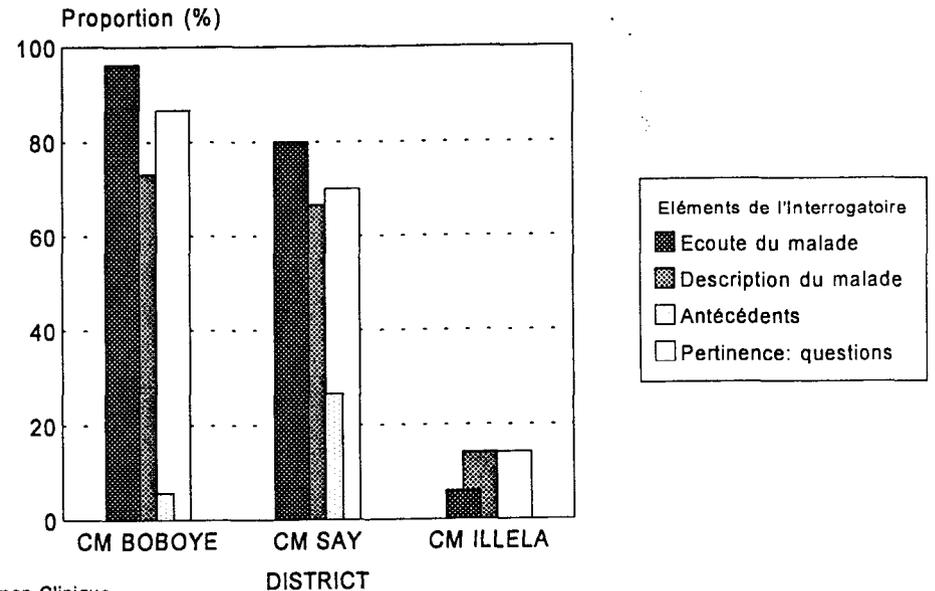
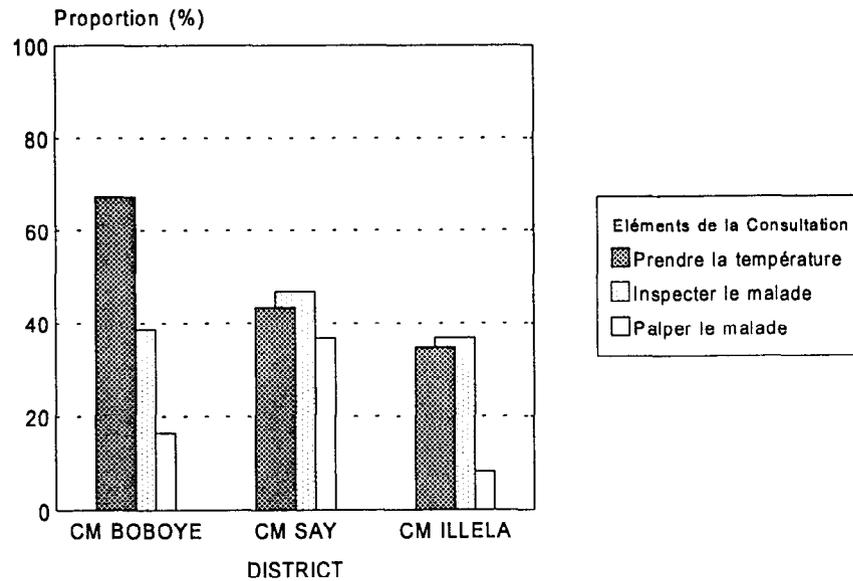


Figure 4.3
Soins Curatifs: Prise des Constantes et Examen Clinique
Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier du Tri Sont Satisfaisants



4.5 APPLICATION DES SPT

La *figure 4.5* résume l'application des SPT par les infirmiers du tri au cours des consultations observées dans les trois districts. Comme il pouvait être prévu, l'application des SPT n'est pas observée dans le district d'Illela, car les infirmiers n'ont pas été formés en SPT. Dans le district de Boboye, les infirmiers ont utilisé le schéma thérapeutique des SPT dans la quasi-totalité des consultations qui ont été observées.

Par ailleurs, les infirmiers de Say ont appliqué les SPT dans 92 pour cent des cas. De ce point de vue, l'utilisation des schémas thérapeutiques est comparable entre les deux districts où les tests pilotes ont été mis en oeuvre.

Cependant, l'utilisation du schéma thérapeutique des SPT a été jugée satisfaisante dans 96 pour cent des cas parmi les infirmiers du tri par le médecin chargé de l'évaluation dans le district de Boboye. Par contre, dans le district de Say, l'application des SPT n'a été jugée satisfaisante que dans 62 pour cent des cas. En d'autres termes, l'adhérence aux procédures des SPT est plus élevée parmi les infirmiers où l'application est plus ancienne.

En résumé, l'accueil et l'approche des patients par les infirmiers du tri sont relativement satisfaisants dans les formations sanitaires du district de Boboye; ils sont relativement pauvres, cependant, dans le district d'Illela, les infirmiers de Say ayant une performance intermédiaire. Il est remarquable que la qualité de l'accueil et de l'approche des patients s'améliorent des centres médicaux, où elle est généralement pauvre, aux dispensaires ruraux: ce schéma de variation selon le type de formation sanitaire reflétant sans nul doute la plus ou moins longue expérience des agents de santé, les dispensaires ruraux étant généralement dirigés par des infirmiers ayant une longue expérience.

Par ailleurs, les infirmiers de Boboye et de Say sont plus performants que les infirmiers d'Illela du double point de vue de l'écoute des malades et de laisser le temps aux malades de décrire leur mal; par conséquent, les infirmiers des deux premiers districts posent des questions plus pertinentes que les infirmiers du district d'Illela. Les performances des infirmiers du point de vue de l'inspection des malades sont comparables d'un district à un autre: l'inspection des malades n'est appliquée qu'entre 37 et 47 pour cent des cas. Cependant, la prise de la température des malades n'est appliquée que dans 67 pour cent des cas dans le district de Boboye, comparé à 43 pour cent et 35 pour cent dans respectivement le district de Say et le district d'Illela.

Discuter les traitements et des alternatives possibles avec les patients est un événement très rares dans les formations sanitaires des trois districts. Par ailleurs, l'orientation des patients vers les autres soins du PMA, où cela est applicable, est une pratique très rare dans les formations sanitaires des trois districts. En d'autres termes, les infirmiers du tri ne profitent pas des contacts des patients avec la formation sanitaire au niveau des soins curatifs pour promouvoir la couverture des autres activités du PMA.

Figure 4.4
Soins Curatifs: Décision et Orientation du Malade
 Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier du Tri Sont Satisfaisants

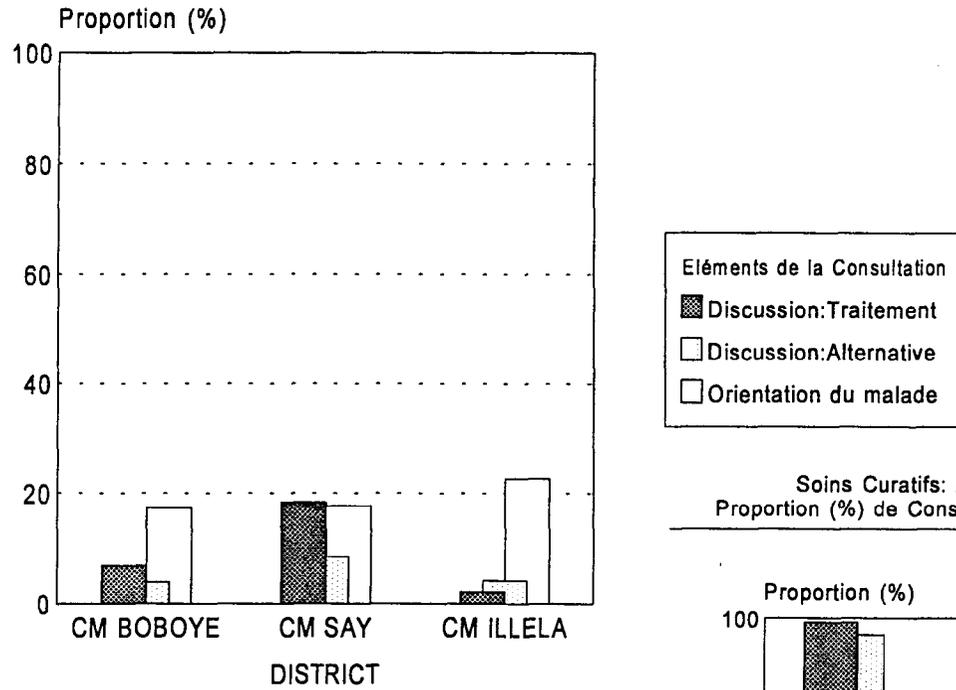
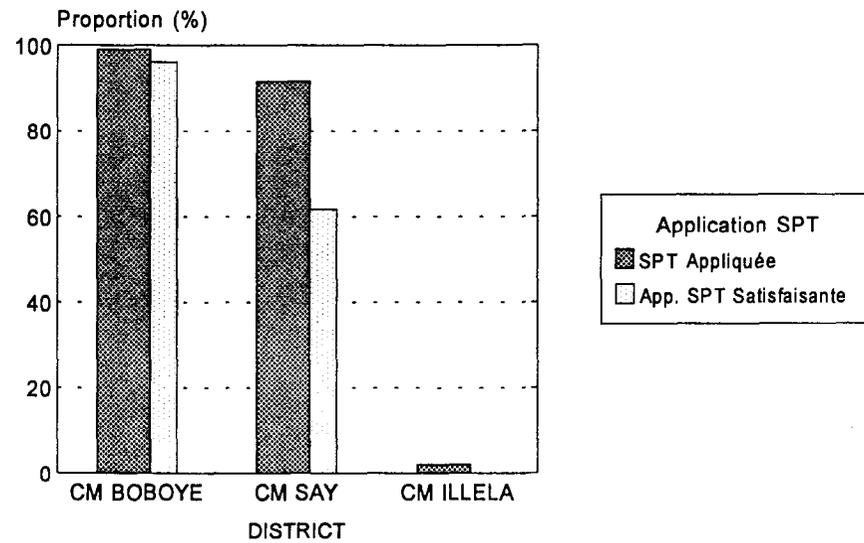


Figure 4.5
Soins Curatifs: Application de la Stratégie Plainte et Traitement
 Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les SPT Ont Été Appliquées



Nombre de consultations avec SPT est faible à Illéla

Finalement, l'application des stratégies plainte et traitement est générale dans les districts de Boboye et de Say, suite à la formation SPT reçue dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes. L'application des procédures des SPT, cependant, est plus satisfaisante dans le district de Boboye, où l'administration des SPT est plus ancienne, comparé au district de Say, où les SPT ont été introduites avec les tests pilotes. Ce contraste entre les deux districts test suggèrent que la formation SPT devrait être suivi par une supervision particulièrement intense.

Dans l'ensemble, l'évaluation de la qualité au niveau du processus dans les trois districts suggère que les agents des formations sanitaires ont besoin d'une supervision plus soutenue de l'administration des schémas thérapeutiques dans le cadre de la prestation des soins.

5.0 PERCEPTIONS DES PATIENTS

5.1 ELÉMENTS QUI ATTIRENT LES MALADES

La question suivante a été posée aux patients sélectionnés aléatoirement:

D'après vous, quelles sont les quatre choses les plus importantes qui amènent les malades à venir se soigner dans un dispensaire? Commencez du plus important au moins important.

La quasi-totalité des patients ont cité les médicaments comme le premier élément qui attire les malades à la formation sanitaire. Il est remarquable que les quelques rares individus qui n'ont pas cité les médicaments comme le premier élément qui attire les malades, ont cité l'accueil des malades par le personnel de santé. L'unanimité sur l'accueil s'est confirmée par les réponses que les patients ont donné comme deuxième raison pour laquelle les malades se rendent dans les formations sanitaires: en effet dans le district de Say, la majorité des patients ont cité le bon accueil comme deuxième élément qui attire les malades. Dans le district de Boboye, cependant, les patients ont été partagés entre l'accueil et la permanence des services comme deuxième élément attractif des formations sanitaires. L'éducation sanitaire et les conseils prodigués aux malades ont été cités en quatrième position par les patients de Boboye, et en troisième position par les patients de Say.

Il a été demandé aux patients d'expliquer pourquoi les éléments qu'ils ont cités à la question précédente sont importants. Les réponses données par quatre malades cernent assez bien les réponses qui ont été données par l'ensemble des patients:

Un patient de Say: *Parce que nous venons pour un traitement et pour se traiter il faut des médicaments;*

Un patient de Say: *Quand le malade est bien accueilli et il a eu des médicaments il sortira satisfait du dispensaire;*

Un patient de Boboye: *Ces médicaments guérissent les maladies;*

Un patient de Boboye: *Les médicaments nous guérissent et l'éducation nous préserve des maladies.*

5.2 ELÉMENTS QUI DÉTERRENT LES MALADES

D'après vous, quelles sont les quatre choses les plus importantes qui font que les malades ne viennent pas se soigner dans un dispensaire? Commencez du plus important au moins important.

A cette question, les réponses des patients des trois districts ont fortement varié. La majorité des patients de Boboye ont répondu qu'ils ne savaient pas ou que c'était le manque d'informations. Par ailleurs dans le district de Say, la première raison citée était le mauvais accueil ou le fait de négliger les malades; quelques patients ont cité la distance des formations sanitaires et la longue attente au niveau de la

formation sanitaire avant d'être consulté. Trois raisons principales ont été citées par les patients du district d'Illela: manque d'argent, les ordonnances et les longues distances des formations sanitaires.

La variabilité des réponses des patients des trois districts est cohérente avec les informations sur la disponibilité des médicaments et l'évaluation du processus de la prestation des soins. Dans le district d'Illela, où la disponibilité des médicaments est faible, les patients ont cité des raisons économiques comme facteurs qui déterrent les malades à utiliser les formations sanitaires. En effet, dans le contexte d'une faible disponibilité des médicaments les infirmiers font recours à la prescription d'ordonnance dans le cadre du traitement des malades. Par conséquent, les patients doivent acquérir ces médicaments auprès des pharmacies: aller à la formation sanitaire, et acheter ensuite des médicaments auprès d'une pharmacie peuvent impliquer des longues distances et des paiements élevés relativement aux contraintes de liquidité des ménages ruraux. Dans le district de Say, les conclusions sur la pauvreté de l'accueil au niveau de l'évaluation du processus sont cohérentes avec les réponses des patients sur les éléments qui déterrent les malades à utiliser les formations sanitaires.

5.3 CHANGEMENTS DANS LA QUALITÉ DES SOINS

La quasi-totalité des patients des formations sanitaires des districts de Boboye et de Say ont déclaré que la plus grande disponibilité des médicaments durant l'année en cours par rapport à l'année précédente expliquait pourquoi les malades se rendent plus fréquemment aux dites formations sanitaires. La totalité des patients enquêtés dans le district de Boboye ont cité la disponibilité des médicaments comme facteur ayant augmenté l'utilisation des formations sanitaires par rapport à l'année dernière. Parmi les 60 patients enquêtés dans le district de Say, 46 patients ont déclaré que maintenant en payant 200 fcfa, on peut avoir les médicaments au dispensaire; certains patients ont précisé qu'avant les infirmiers prescrivaient des ordonnances qu'il fallait acheter à Niamey ou à Torodi. A l'autre extrême, rien que 6 patients parmi les 50 patients enquêtés dans le district d'Illela ont déclaré qu'il y avait des changements aux niveaux des formations sanitaires qui attiraient les patients.

Moins de 20 pour cent des patients enquêtés dans les trois districts déclarent qu'il y a eu des changements intervenus aux niveaux des formations sanitaires qui déterrent les malades. Dans les districts de Boboye et de Say, ces patients ont cité les paiements aux niveaux des formations sanitaires comme changement qui déterrent les malades à se rendre au dispensaire. Les patients d'Illela, par contre, ont cité le manque de médicaments et les prescriptions d'ordonnance.

5.4 SATISFACTION DES PATIENTS: SOINS REÇUS

Les patients enquêtés dans les trois districts déclarent être satisfaits des soins qu'ils ont reçus. La totalité des patients de Boboye déclarent qu'ils sont satisfaits des soins reçus; 92 pour cent, dans le district de Say; et 88 pour cent, dans le district d'Illela. Si les patients de Boboye et de Say citent les médicaments comme raison de leur satisfaction, dans le district d'Illela avoir été reçu et soigné par l'infirmier a été une raison suffisante pour être satisfait des soins reçus. Plutôt que d'indiquer une qualité adéquate des soins, ces résultats révèlent plutôt un trait culturel par rapport à l'attitude envers des services rendus par une autre personne. De ce point de vue, la satisfaction des patients par rapport aux soins reçus aux niveaux des

formations sanitaires serait un mauvais critère pour évaluer la qualité des soins dans certains contextes culturels.

5.5 ELÉMENTS POUR AMÉLIORER LES SOINS

A l'ensemble des patients, la question suivante a été posée:

D'après vous, que doit-on faire dans ce dispensaire pour améliorer les soins que reçoivent les patients?

La quasi-totalité des patients ont cité l'amélioration de la disponibilité des médicaments. Il est remarquable qu'au niveau du district d'Illéla, la majorité des patients n'ont déclaré que cet élément pour améliorer les soins au niveau du dispensaire qu'ils avaient visité. Cependant, dans les districts de Boboye et de Say, où la disponibilité des médicaments a été améliorée au cours des tests pilotes, les patients ont cité plusieurs autres éléments structurels pour améliorer les soins, dont les plus fréquents sont:

- ▲ mettre un véhicule à la disposition du dispensaire;
- ▲ augmenter le nombre des agents; et
- ▲ affecter une sage-femme au dispensaire.

En résumé, du point de vue des patients, la disponibilité des médicaments est le premier élément qui attire les malades à venir se soigner aux formations sanitaires. Non seulement la disponibilité des médicaments au niveau de la formation sanitaire est-elle perçue comme un élément structurel qui garantit un traitement satisfaisant, mais aussi elle permet de réduire les paiements et les dépenses de déplacement liés à l'achat des ordonnances en dehors des formations sanitaires. Le bon (mauvais) accueil des malades par les infirmiers a été déclaré comme deuxième élément qui attire (déterre) les malades à chercher des soins aux formations sanitaires. Par ailleurs, les patients ont indiqué que la permanence des soins au niveau des formations sanitaires et l'éducation sanitaire étaient d'autres éléments qui rendaient les soins plus attractifs. Finalement, parmi les patients des formations sanitaires dont la disponibilité des médicaments était inadéquate, résoudre ce problème est la seule réponse qu'ils ont envisagée pour améliorer la qualité des soins; par ailleurs, dans les formations sanitaires où la disponibilité des médicaments était adéquate, maintenir la disponibilité des médicaments, résoudre les contraintes logistiques liées au transport au niveau de la formation sanitaire et augmenter le nombre des agents, surtout la disponibilité des sage-femmes, ont été envisagés comme changements structurels pour améliorer les soins. En d'autres termes, les perceptions de la population de la qualité des soins sont dynamiques: elles semblent être conditionnées à un moment donné par l'état des composantes structurelles de la prestation des soins, d'une part, et l'accueil des malades par les infirmiers, d'autre part.

6.0 CONCLUSIONS ET IMPLICATIONS

6.1 CONCLUSIONS

Le Paquet Minimum d'Activités (PMA), défini dans le cadre des soins de santé primaires au Niger, sert une fonction d'organisation de la prestation de soins en activités plutôt homogènes dont les tâches et les intrants respectifs sont définis pour faire face à des problèmes de santé devant être pris en charge en priorité aux niveaux des dispensaires ruraux, des postes et centres médicaux. Ces établissements de soins de santé étant les premiers contacts de la population avec les services de santé modernes, les performances globales du système de santé sont contingentes sur leurs capacités de prendre en charge efficacement les soins de santé primaires. Dans une grande mesure, l'efficacité de la prise en charge est conditionnée par la qualité des soins fournis par ces établissements. Cette étude a appliqué une méthodologie assez flexible pour évaluer la qualité des soins des établissements de soins de base à trois niveaux de la prestation des soins: la structure de la prestation des soins, le processus de la prestation des soins, et le résultat des soins fournis. L'évaluation a été réalisée sur la base de toutes les formations sanitaires des districts de Boboye, de Say et d'Illéla.

Au niveau de la structure de la prestation des soins, un établissement de soins primaires devrait disposer des intrants nécessaires à la prestation des soins pour assurer une qualité adéquate des soins fournis dans le cadre des activités spécifiques du PMA, d'une part, et l'intégration des activités composantes du PMA, d'autre part. Dans ce cadre, la formation et la supervision des agents et la disponibilité des produits pharmaceutiques sont des composantes critiques de la structure de la prestation des soins dont l'évaluation peut informer dans le court-moyen terme le processus d'amélioration de la qualité des soins.

Dans les trois districts de Boboye, Say et Illéla, plusieurs agents ont reçu des séries de formation avant 1992 portant sur l'application des principales composantes du paquet minimum d'activités et l'activité de support du système national d'information sanitaire. Une faible proportion des agents, dont les sage-femmes et les agents du district de Say, ont reçu une formation en planification familiale. Les récentes formations en stratégie plainte et traitement et en gestion, réalisées dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes de recouvrement des coûts, ont ajouté une autre dimension structurelle dans la prestation des soins dans les districts de Boboye et de Say.

Le manque de corrélation entre ces différentes formations suggèrent, cependant, qu'elles ne sont pas le résultat d'efforts systématiques visant à assurer aux agents des compétences dans différents domaines de la prestation des soins dans la perspective d'une plus grande intégration des services. Les schémas et la couverture des formations semblent avoir obéi à la logique de mise en place de programmes verticaux qui ont augmenté leur domaine d'interventions dans les activités des centres et postes médicaux en premier lieu, et des dispensaires ruraux en deuxième lieu. Dans ce schéma, les programmes de planification familiale semble avoir ciblé les sage-femmes dans les trois districts sanitaires, résultant ainsi à une faible couverture de la formation PF dans les trois districts. Seul le district de Say a bénéficié de toutes les formations analysées dans ce rapport: la couverture des formations PF et PEV y est relativement élevée, d'une part; d'autre part, les activités de formation des agents y sont plus soutenues dans le temps. Le programme élargi de vaccination, par ailleurs, a regagné du dynamisme dans le district d'Illéla où la

couverture des activités de formation a été étendue aux dispensaires ruraux après 1992. Dans l'ensemble, il est remarquable que les formations PEV et PF n'ont couvert que respectivement 50 pour cent et 30 pour cent des agents des établissements de soins. Si le nombre d'agents en poste dans les centres et postes médicaux permet de lever la contrainte que pourrait poser ce niveau de couverture dans le cadre de la promotion des activités préventives, au niveau des dispensaires ruraux, où généralement un ou deux infirmiers sont en postes, cette faible couverture pourrait être une contrainte assez sévère pour la promotion des activités préventives.

Etant donnée la forte corrélation qui existe dans la disponibilité des différents produits pharmaceutiques au niveau des formations sanitaires, six articles essentiels ont été utilisés pour résumer l'information sur la disponibilité des produits: l'aspirine, la chloroquine, les vaccins antitétaniques et antituberculeux, et enfin les pilules et les condoms. Ces six produits rendent compte de la disponibilité des produits pharmaceutiques au niveau de la prestation des soins autant aux niveaux des soins curatifs, que des soins préventifs.

Du point de vue des soins curatifs, les livraisons de médicaments dans le cadre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans les districts de Boboye et de Say ont permis une disponibilité élevée des médicaments comparée à la faible disponibilité dans les formations sanitaires du district d'Illéla. Dans ce dernier district, la faible disponibilité des médicaments au niveau des dispensaires ruraux et du poste médical, liée à la faiblesse des dotations réelles de médicaments du gouvernement central, a été accentuée par les inadéquations de l'allocation des ressources entre le centre médical et les autres formations sanitaires.

Du point de vue des activités préventives, les fréquentes et longues interruptions de la chaîne de froid, plus particulièrement dans les formations sanitaires où la mise en oeuvre de la stratégie fixe du programme élargie de vaccination est ancienne, ont limité la disponibilité des vaccins; la forte déperdition des doses a rendu plus sévères les contraintes de la disponibilité des vaccins aux niveaux des formations sanitaires. Par ailleurs, à l'exception des formations sanitaires du district de Say, la disponibilité des produits contraceptifs est faible dans les formations sanitaires de base de l'aire d'étude. Par ailleurs, le mixte des produits est limité aux méthodes de contraception orale dans la plupart des formations sanitaires: la disponibilité des injectables et des dispositifs intra-utérins dans les centres médicaux a sans doute élargi le choix de méthode contraceptive aux acceptrices potentielles. Paradoxalement, cependant, en pleine épidémie du SIDA, la disponibilité des condoms est faible dans tous les trois districts.

La relative disponibilité des intrants variables de la prestation des soins en général, les produits pharmaceutiques en particulier, se reflète dans l'organisation des séances de soins dans les formations sanitaires, les possibilités d'intégration des services, et l'utilisation des intrants fixes, dont le personnel médical et paramédical. La disponibilité des médicaments dans les deux districts de Boboye et de Say, malgré l'introduction des paiements aux niveaux des formations sanitaires, a stimulé l'utilisation des soins curatifs durant les douze derniers mois dans les deux districts, en contraste au maintien de la faiblesse de l'utilisation des formations sanitaires dans le district d'Illéla. La première conséquence de l'augmentation de l'utilisation dans les deux districts test a été l'amélioration de la productivité du personnel médical et paramédical. Les activités de vaccination, cependant, ont été contraintes dans le district de Boboye par la pauvreté de la disponibilité des vaccins. Seul le district de Say était en position de garantir des soins curatifs et préventifs de qualité, la planification familiale incluse. Le déséquilibre dans la disponibilité des intrants des soins curatifs, d'une part, et des soins préventifs, d'autre part, a limité les possibilités de mettre

en oeuvre une stratégie d'occasions manquées au niveau des formations sanitaires: le niveau des opportunités perdues a été sans doute plus important dans le district de Boboye où la disponibilité des médicaments a résulté sur une augmentation importante des consultations curatives.

Par ailleurs, l'intensité des séances de soins préventifs baisse des centres médicaux aux dispensaires ruraux, reflétant non seulement la variabilité de l'effectif, mais aussi de la composition du personnel de la formation sanitaire. L'intensité des séances de planification familiale dans les dispensaires ruraux de Say et de toutes les composantes du PMA dans le poste médical de Falmey, cependant, suggèrent que, malgré leurs effectifs, la formation des infirmiers dans l'administration des différentes composantes du PMA et une disponibilité adéquate des produits pharmaceutiques permettraient une plus grande intégration des soins et une plus grande productivité du personnel de santé aux niveaux des formations sanitaires.

Au niveau du processus de la prestation des soins curatifs, l'évaluation de la compétence du personnel soignant dans l'application de procédures ou schémas thérapeutiques acceptés a permis de générer des informations additionnelles sur la qualité des soins aux niveaux des trois districts. L'accueil et l'approche des patients par les infirmiers du tri sont relativement satisfaisants dans les formations sanitaires du district de Boboye; ils sont relativement pauvres, cependant, dans le district d'Illéla, les infirmiers de Say ayant une performance intermédiaire. Il est remarquable que la qualité de l'accueil et de l'approche des patients s'améliorent des centres médicaux, où elle est généralement pauvre, aux dispensaires ruraux: ce schéma de variation selon le type de formation sanitaire reflétant sans nul doute la plus ou moins longue expérience des agents de santé, les dispensaires ruraux étant généralement dirigés par des infirmiers ayant une longue expérience.

Par ailleurs, les infirmiers de Boboye et de Say sont plus performants que les infirmiers d'Illéla du double point de vue de l'écoute des malades et de laisser le temps aux malades de décrire leur mal; par conséquent, les infirmiers des deux premiers districts posent des questions plus pertinentes que les infirmiers du district d'Illéla. Les performances des infirmiers du point de l'inspection des malades sont comparables d'un district à un autre: l'inspection des malades n'est appliquée qu'entre 37 et 47 pour cent des cas. Cependant, la prise de la température des malades n'est appliquée que dans 67 pour cent des cas dans le district de Boboye, comparé à 43 pour cent et 35 pour cent dans respectivement le district de Say et le district d'Illéla.

Discuter les traitements et des alternatives possibles avec les patients est un événement très rares dans les formations sanitaires des trois districts. Par ailleurs, l'orientation des patients vers les autres soins du PMA, où cela est applicable, est une pratique très rare dans les formations sanitaires des trois districts. En d'autres termes, les infirmiers du tri ne profitent pas des contacts des patients avec la formation sanitaire au niveau des soins curatifs pour promouvoir la couverture des autres activités du PMA.

Finalement, l'application des stratégies plainte et traitement est générale dans les districts de Boboye et de Say, suite à la formation SPT reçue dans le cadre de la mise en oeuvre des tests pilotes. L'application des procédures des SPT, cependant, est plus satisfaisante dans le district de Boboye, où l'administration des SPT est plus ancienne, comparé au district de Say, où les SPT ont été introduites avec les tests pilotes. Ce contraste entre les deux districts test suggèrent que la formation SPT devrait être suivi par une supervision intense.

Du point de vue des patients, la disponibilité des médicaments est le premier élément qui attire les malades à venir se soigner aux formations sanitaires. Non seulement, la disponibilité des médicaments au niveau de la formation sanitaire est-elle perçue comme un élément structurel qui garantit un traitement satisfaisant, mais aussi elle permet de réduire les paiements et les dépenses de déplacement liés à l'achat des ordonnances en dehors des formations sanitaires. Le bon (mauvais) accueil des malades par les infirmiers a été déclaré comme deuxième élément qui attire (déterre) les malades à chercher des soins aux formations sanitaires. Par ailleurs, les patients ont indiqué que la permanence des soins au niveau des formations sanitaires et l'éducation sanitaire étaient d'autres éléments qui rendaient les soins plus attractifs.

Finalement, il existe une corrélation entre les indicateurs de la disponibilité des intrants de la prestation des soins, le processus de la prestation des soins, et les perceptions des patients. Les infirmiers sont plus performants dans l'application des schémas thérapeutiques dans les formations sanitaires où une formation en stratégie plainte et traitement a eu lieu et les médicaments sont plus disponibles. Etant donnée la covariation de la formation en stratégie plainte et traitement et la disponibilité des médicaments dans les trois districts de l'aire d'étude, il n'est pas aisé de lier un de ces facteurs à la performance relative des infirmiers dans l'application des procédures et schémas thérapeutiques. Il est plus vraisemblable, cependant, que l'amélioration du morale des agents des formations sanitaires, suite à l'augmentation des stocks de médicaments, soit le facteur déterminant.

Par ailleurs, les perceptions que les patients se font de la qualité des soins dépendent d'un nombre limité d'éléments structurels et s'articulent à des moments précis du processus de la prestation des soins. Parmi les patients des formations sanitaires dont la disponibilité des médicaments était inadéquate, résoudre ce problème est la seule réponse qu'ils ont envisagée pour améliorer la qualité des soins; par ailleurs, dans les formations sanitaires où la disponibilité des médicaments était adéquate, maintenir la disponibilité des médicaments, résoudre les contraintes logistiques liées au transport au niveau de la formation sanitaire et augmenter le nombre des agents, surtout la disponibilité des sage-femmes, ont été envisagés comme changements structurels pour améliorer les soins. Relativement au processus de la prestation des soins, seule la qualité de l'accueil des patients semble affecter les perceptions que les patients ont de la qualité des soins: en dehors de l'accueil, les patients semblent être satisfaits des soins reçus même si ceux-ci sont jugés de mauvaise qualité par un médecin. En d'autres termes, les perceptions de la population de la qualité des soins sont dynamiques: elles semblent être conditionnées à un moment donné par l'état des composantes structurelles de la prestation des soins, d'une part, et l'accueil des malades par les infirmiers, d'autre part.

6.2 IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES

En plus du faible niveau de couverture et de l'ancienneté de la formation des agents dans l'application des activités du paquet minimum d'activités, les activités et les agents des formations sanitaires ont été faiblement supervisés durant les douze derniers mois: il est remarquable que les activités les moins supervisées soient les activités du programme élargi de vaccination et les activités de récupération nutritionnelle. L'implication immédiate de l'ancienneté des formations reçues par les agents et la très faible supervision des agents durant les douze derniers mois est la déperdition des connaissances et des savoir-faire qui ont été transmis aux agents à travers les activités de formation. Par conséquent, si la qualité des soins doit être améliorée, et la prestation des soins au niveau des formations sanitaires de base doit évoluer vers une plus grande intégration, la question des besoins en formation est posée. Les

besoins de formation des agents sont plus élevés aux niveaux des postes médicaux; étant donné le nombre limité des agents aux niveaux des dispensaires ruraux, cependant, des besoins de formation non satisfaits à ce niveau sont plus contraignants pour l'extension de la couverture des activités préventives et promotionnelles et l'intégration des activités. Relativement à la faible couverture vaccinale, aux niveaux élevés de malnutrition des enfants, et à la faible prévalence contraceptive dans les zones rurales du pays, les niveaux élevés des besoins en formation PEV, CRENI et PF dans les trois districts suggèrent que beaucoup d'efforts de formation devraient être engagés dans les années à venir si des améliorations significatives de la santé des enfants doivent être réalisées

Les insuffisances dans la disponibilité des produits pharmaceutiques ont affecté la qualité des services des formations sanitaires de base et la productivité du personnel, et contraint les efforts d'intégration des services. La généralisation du recouvrement des coûts, dont l'extension géographique de l'Initiative de Bamako, permettrait d'améliorer la disponibilité des médicaments aux niveaux des formations sanitaires de base. Dans cette perspective, le système de santé ne pourrait profiter du renouvellement de la confiance des populations vis à vis des formations sanitaires publiques pour promouvoir les activités préventives et promotionnelles que si des efforts intégrés sont engagés pour assurer la disponibilité des vaccins, des suppléments nutritionnels, et des produits contraceptifs aux niveaux des formations sanitaires de base.

L'efficacité des soins ne pourrait être améliorée que si les compétences des agents des formations sanitaires dans l'application des schémas thérapeutiques standardisés sont renforcées. Dans l'ensemble, l'évaluation de la qualité au niveau du processus dans les trois districts suggère que les agents des formations sanitaires ont besoin d'une supervision plus soutenue de l'administration des schémas thérapeutiques dans le cadre de la prestation des soins. Dans la perspective du renforcement de la supervision des agents, une attention particulièrement devrait être portée à l'accueil des malades par les infirmiers. En effet, couplée avec une meilleure disponibilité des médicaments, une amélioration de l'accueil des malades par les infirmiers pourrait renforcer la confiance des populations vis à vis du personnel des formations sanitaires et stimuler la demande des soins.

6.3 IMPLICATIONS MÉTHODOLOGIQUES

La méthodologie d'évaluation de la qualité des soins, qui a été appliquée au niveau agrégé du paquet minimum d'activités, est assez simple et flexible. Par ailleurs, sa mise en oeuvre ne coûte pas cher: la réalisation de l'étude dans le cadre des trois districts de Boboye, Say et Illéla a coûté environ US \$300 en moyenne par formation sanitaire. Au vu des insuffisances que l'étude a révélées dans le cadre de la prestation des soins aux niveaux des formations sanitaires de base en général, le processus de la prestation des soins curatifs en particulier, institutionnaliser l'évaluation périodique de la qualité des soins dans le cadre des programmes de santé pourrait être envisagée par les administrations sanitaires.

Dans cette perspective, la méthodologie et les instruments servant à la collecte de l'information pourrait être adaptée au problème d'intérêt. Dans le cadre du processus de renforcement des soins de santé primaires au Niger, il est suggéré qu'une attention particulière soit portée sur l'évaluation de la qualité de l'application de:

- ▲ la stratégie plainte et traitement en général;
- ▲ le traitement des affections respiratoires;
- ▲ le traitement du paludisme;
- ▲ le traitement de la diarrhée;
- ▲ le programme élargi de vaccination; et
- ▲ la récupération nutritionnelle chez l'enfant.

En conséquence de la plus haute visibilité des éléments structurels de la qualité des soins, la disponibilité des produits pharmaceutiques en particulier, une haute priorité devrait être accordée à l'évaluation de la qualité des soins au niveau du processus de la prestation des soins qui est rarement objet d'investigation dans les fréquentes analyses de la situation ou les évaluations des projets. L'évaluation de la qualité au niveau du processus de la prestation des soins pourrait servir de mécanisme de feedback dans le cadre de la préparation des programmes de formation et de supervision.

Le Ministère de la Santé pourrait constituer une équipe technique, incluant le Système National d'Information Sanitaire, le CIMEFOR, le Projet Assurance de la Qualité de Tahoua, la Coopération Médicale Belge qui, servirait de support aux techniciens des programmes intéressés pour adapter la méthodologie à chaque problème d'intérêt et opérationnaliser la mise en oeuvre de l'évaluation.

Annexe A
TABLEAUX

Tableau A1.1
Ressources Humaines
Distribution (%) du Personnel Médical et Paramédical* selon la Formation
dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités
par District Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Ill,la - Août 1994)

Composante du PMA	Statut de Formation de l'Agent			Nombre de Personnel Technique
	Form, entre 1992-1994	Form, Avant 1992	Pas de Formation	
District Sanitaire de Boboye				
SPT	52,4	4,8	42,9	42
PEV	19,0	26,2	54,8	
CRENI\CRENA	-	4,8	95,2	
PF	16,7	2,4	81,0	
GESTION	50,0	-	50,0	
SNIS	-	42,9	57,1	
District Sanitaire de Say				
SPT	75,0	-	25,0	32
PEV	25,0	28,1	46,9	
CRENI\CRENA	6,3	34,4	59,4	
PF	25,0	15,6	59,4	
GESTION	75,0	-	25,0	
SNIS	6,3	43,8	50,0	
District Sanitaire d'Ill,la				
SPT	5,9	5,9	88,2	17
PEV	29,5	23,5	47,1	
CRENI\CRENA	5,9	-	94,1	
PF	17,6	17,6	64,7	
GESTION	-	-	100,0	
SNIS	5,9	47,1	47,1	

* Médical, infirmiers et sage-femmes.

Tableau A1.2
Ressources Humaines
Distribution (%) du Personnel M,dical et Param,dical* selon la Formation
dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activit,s
par Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Ill,la - Ao-t 1994)

Composante du PMA	Statut de Formation de l'Agent			Nombre de Personnel Technique
	Form, entre 1992-1994	Form, Avant 1992	Pas de Formation	
Centre M,dical				
SPT	52,6	2,6	44,7	38
PEV	18,4	28,9	52,6	
CRENI\CRENA	2,6	21,1	76,3	
PF	15,8	15,8	68,4	
GESTION	47,4	-	52,6	
SNIS	-	50,0	50,0	
Poste M,dical				
SPT	43,8	-	56,3	16
PEV	6,3	37,5	56,3	
CRENI\CRENA	-	12,5	87,5	
PF	12,5	12,5	75,0	
GESTION	43,8	-	56,3	
SNIS	6,3	25,0	68,8	
Dispensaire Rural				
SPT	54,1	5,4	40,5	37
PEV	35,1	18,9	45,9	
CRENI\CRENA	5,4	8,1	86,5	
PF	27,0	2,7	70,3	
GESTION	54,1	-	44,9	
SNIS	5,4	45,9	48,6	

* Voir note Tableau A1.1

Tableau A2.1
Ressources Humaines
Proportion (%) du Personnel Médical et Paramédical* Ayant Et, Supervis, durant
les Douze Derniers Mois dans l'Administration des Principales
Composantes du Paquet Minimum d'Activit,s par District Sanitaire:
(Districts Sanitaires de Boboye, Say et Ill,la - Ao-t 1994)

Composante du PMA	Supervis,	Non Supervis,	Nombre de Personnel Technique
District Sanitaire de Boboye			
SPT	35,7	64,3	42
PEV\CNS	19,0	81,0	
CRENI\CRENA	11,9	88,1	
PF	33,3	66,7	
GESTION	31,0	69,0	
SNIS	21,4	78,6	
District Sanitaire de Say			
SPT	28,1	71,9	32
PEV\CNS	18,8	81,3	
CRENI\CRENA	21,9	78,1	
PF	34,4	65,6	
GESTION	28,1	71,9	
SNIS	15,6	84,4	
District Sanitaire d'Ill,la			
SPT	-	100,0	17
PEV\CNS	41,2	58,8	
CRENI\CRENA	-	100,0	
PF	-	100,0	
GESTION	-	100,0	
SNIS	17,6	82,4	

* Voir note Tableau A1.1

Tableau A2.2
Ressources Humaines
Proportion (%) du Personnel Médical et Paramédical* Ayant Et, Supervisé, durant
les Douze Derniers Mois dans l'Administration des Principales
Composantes du Paquet Minimum d'Activités par Type de Formation Sanitaire:
(Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illala - Août 1994)

Composante du PMA	Supervisé,	Non Supervisé,	Nombre de Personnel Technique
Centre Médical			
SPT	13,2	86,8	38
PEV\CNS	13,2	86,8	
CRENI\CRENA	7,9	92,1	
PF	13,8	84,2	
GESTION	10,5	89,5	
SNIS	2,6	97,4	
Poste Médical			
SPT	18,8	81,3	16
PEV\CNS	18,8	81,3	
CRENI\CRENA	12,5	87,5	
PF	25,0	75,0	
GESTION	18,8	81,3	
SNIS	6,3	93,8	
Dispensaire Rural			
SPT	43,2	56,8	37
PEV\CNS	35,1	64,9	
CRENI\CRENA	18,9	81,1	
PF	40,5	59,5	
GESTION	40,5	59,5	
SNIS	40,5	59,5	

* Voir note Tableau A1.1

Tableau A3.1
Ressources Humaines
Proportion (%) du Personnel Médical et Paramédical* Ayant Besoin de Formation**
dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités
par District Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Ill,la - Août 1994)

Composante du PMA	Besoin de Formation de l'Agent			Nombre de Personnel Technique
	Faible	Moyen	Elev,	
District Sanitaire de Boboye				
SPT	16,7	35,7	47,6	42
PEV	-	19,0	81,0	
CRENI\CRENA	-	-	100,0	
PF	4,8	7,1	88,1	
GESTION	28,6	21,4	50,0	
SNIS	-	16,7	83,3	
District Sanitaire de Say				
SPT	21,9	53,1	25,0	32
PEV	3,1	21,9	75,0	
CRENI\CRENA	3,1	3,1	93,8	
PF	6,3	12,5	81,3	
GESTION	18,8	56,3	25,0	
SNIS	-	9,4	90,6	
District Sanitaire d'Ill,la				
SPT	-	5,9	94,1	17
PEV	11,8	29,4	58,8	
CRENI\CRENA	-	-	100,0	
PF	-	-	100,0	
GESTION	-	-	100,0	
SNIS	-	5,9	94,1	

* Voir note Tableau A1.1

** Les niveaux de besoins de formation sont définis selon la règle suivante:

- **Faible:** personnel ayant reçu une formation entre 1992 et 1994 et ayant reçu au moins 3 visites de supervision (traitement supervisé) durant les douze derniers mois;
- **Moyen:** personnel ayant reçu une formation entre 1992 et 1994 et n'ayant pas été supervisé, traité durant les douze derniers mois; plus personnel ayant reçu une formation avant 1992 mais ayant été supervisé, traité durant les douze derniers mois;
- **Elev:** personnel ayant reçu une formation avant 1992 et n'ayant pas été supervisé, traité durant les douze derniers mois; plus personnel n'ayant pas reçu de formation.

L'opérationnalisation de la détermination des besoins en formation a été longuement discutée dans le cadre de l'atelier de conception de l'étude sur la qualité des soins tenu ... Douichi en Juillet 1994.

Tableau A3.2
Ressources Humaines
Proportion (%) du Personnel Médical et Paramédical* Ayant Besoin de Formation**
dans l'Administration des Principales Composantes du Paquet Minimum d'Activités
par Type de Formation Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illala - Août 1994)

Composante du PMA	Besoin de Formation de l'Agent			Nombre de Personnel Technique
	Faible	Moyen	Elevé	
Centre Médical				
SPT	7,9	44,7	47,6	38
PEV	-	21,1	78,9	
CRENI\CRENA	2,6	-	97,4	
PF	-	13,2	86,8	
GESTION	5,3	42,1	52,6	
SNIS	-	-	100,0	
Poste Médical				
SPT	6,3	37,5	56,3	16
PEV	-	12,5	87,5	
CRENI\CRENA	-	-	100,0	
PF	-	-	100,0	
GESTION	12,5	31,3	56,3	
SNIS	-	6,3	93,8	
Dispensaire Rural				
SPT	27,0	27,0	45,9	37
PEV	8,1	27,0	64,9	
CRENI\CRENA	-	2,7	97,3	
PF	10,8	5,4	83,8	
GESTION	37,8	26,3	45,9	
SNIS	-	27,0	73,0	

* Voir note Tableau A1.1

** Voir note Tableau A3.1

Tableau A4.1
Indicateurs de la Disponibilité, de Médicaments
Quantités (Moyenne) de Comprimés Livrés entre Juillet et Décembre 1993
par District Sanitaire et Type de Formation Sanitaire:
(Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illala - Août 1994)

Type de Formation Sanitaire	District Sanitaire		
	Boboye	Say	Illala
Acide Acétyl Salicylique			
Poste Médical (PM)	24.000	50.000	250
Dispensaire Rural (DR)	11.900	11.500	170
Ensemble (PM et DR)	13.200	17.000	190
Chloroquine			
Poste Médical	25.000	-	2.000
Dispensaire Rural	15.000	29.300	1.000
Ensemble (PM et DR)	16.100	25.100	1.250

Tableau A4.2
Indicateurs de la Disponibilité, d'Antigènes du PEV
Quantités (Moyenne) de Doses Livrées entre Juillet et Décembre 1993
par District Sanitaire et Type de Formation Sanitaire:
(Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illala - Août 1994)

Type de Formation Sanitaire	District Sanitaire		
	Boboye	Say	Illala
Antitétiques (VAT)			
Centre Médical	2.060	3.130	4.210
Poste Médical	1.470	2.218	-
Dispensaire Rural	374	416	970
Antituberculeux (BCG)			
Centre Médical	1.500	2.440	2.430
Poste Médical	1.000	1.690	-
Dispensaire Rural	323	352	517

Tableau A4.3
 Indicateurs de la Disponibilité, de Produits Contraceptifs
 Quantités (Moyenne) d'Unités Livrées entre Juillet et Décembre 1993
 par District Sanitaire et Type de Formation Sanitaire:
 (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Illala - Août 1994)

Type de Formation Sanitaire	District Sanitaire		
	Boboye	Say	Illala
Pilules			
Centre Médical	1.188	500	405
Poste Médical	1.209	1.500	300
Dispensaire Rural	98	221	32
Condoms			
Centre Médical	5.100	2.000	1.000
Poste Médical	500	1.300	-
Dispensaire Rural	138	192	35

Tableau A5.1
 Organisation des Activit,s du PMA Proportion (%) de Temps
 les Diff,rentes Composantes du PMA Ont Et, Organis,es* durant
 la Semaine de Travail par District Sanitaire et Type de Formation Sanitaire:
 (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Ill,la - Ao-t 1994)

Type de Formation Sanitaire	District Sanitaire		
	Boboye	Say	Ill,la
Soins Curatifs			
Centre M,dical	100	79	86
Poste M,dical	86	86	57
Dispensaire Rural	89	89	45
PEV\CNS			
Centre M,dical	29	54	14
Poste M,dical	64	36	21
Dispensaire Rural	33	13	29
Pr,natales			
Centre M,dical	29	36	14
Poste M,dical	29	21	7
Dispensaire Rural	15	11	10
Nutrition			
Centre M,dical	36	25	14
Poste M,dical	21	36	50
Dispensaire Rural	10	16	7
PF			
Centre M,dical	71	71	36
Poste M,dical	57	36	71
Dispensaire Rural	20	60	24

* Les activit,s du PMA sont organis,es en s,ances. Chaque fois qu'une s,ance d'une activit, donn,e a ,t, organis,e durant une demi-journ,e, il est postul, que l'activit, a eu lieu durant toute la demi-journ,e. Les formations sanitaires ayant un personnel qualifi, suffisant, des niveaux d'intrants ad,quats, et un flux de patients importants, peuvent organiser des s,ances diff,rentes simultan,ment ou durant toute la journ,e. La fr,quence des s,ances r,sum,e dans le tableau est bas,e sur le ratio du nombre de demi-journ,es durant lesquelles les s,ances d'une activit, donn,e ont eu lieu sur le nombre total de demi-journ,es de la p,riode de r,f,rence. Une proportion de 100 % indique que les s,ances de l'activit, ont ,t, organis,es durant les heures de r,f,rence; ... l'autre extr^me, une proportion de 0 % indique qu'aucune s,ance de l'activit, n'a ,t, organis,e durant toute la p,riode de r,f,rence du mois dernier.

Tableau A6.1
 Consultations Soins Curatifs
 Proportion (%) de Consultations durant Lesquelles les Actes de l'Infirmier de Tri
 Sont Jugés Satisfaisants par le Médecin Chargé de l'Évaluation
 par District Sanitaire: (Districts Sanitaires de Boboye, Say et Ill,la - Août 1994)

Acte durant la Consultation	District Sanitaire		
	Boboye	Say	Ill,la
Accueil et Approche du Malade			
Cadre de consultations	31	87	35
Salutations de l'infirmier au malade	98	35	8
Stimulation du malade par l'infirmier	99	52	10
Approche empathique du malade par l'infirmier	99	37	6
Tact de l'approche du malade par l'infirmier	100	45	4
Interrogatoire du Malade			
Écoute du malade par l'infirmier	96	80	6
Infirmier donne-t-il du temps au malade de décrire son mal	73	67	14
Infirmier demande-t-il les antécédents du malade	6	27	-
Pertinence des questions de l'infirmier	87	70	14
Prise des Constantes et Examen Clinique			
Prise de la température du malade	67	43	35
Infirmier a-t-il inspecté le malade	38	47	37
Infirmier a-t-il palpé le malade	16	37	8
Décision et Orientation			
Discussion du traitement avec le malade	7	18	2
Discussion des alternatives avec le malade	4	8	4
Orientation du malade vers d'autres soins	17	18	23
Application Stratégie Plainte et Traitement			
SPT est-elle utilisée?	99	92	2
Conformité de l'application SPT par l'infirmier	96	62	na
Nombre de consultations	104	60	49

Annexe B
INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES

MODULE 1-1 EQUIPEMENTS ET MOBILIERS MEDICAUX

COD E	ELEMENT	NOMBRE DI SPONI BLE	NOMBRE FONCTI ONNEL	CODE	ELEMENT	NOMBRE DI SPONI BLE	NOMBRE FONCTI ONNEL
101	ABAI SSE LANGUE			120	PLATEAU I NOX		
102	AI GUI LLE A PONCTI ON LOMBAI RE			121	METRE RUBAN		
103	AI GUI LLE HYPODERMI QUE			122	SEAU A PEDALE		
104	BALANCE PESE ADULTE			123	SEAU		
105	BALANCE PESE ENFANT			124	SERI NGUE		
106	BASSI N DE LIT			125	SONDE GASTRI QUE		
107	BOCKL A LAVEMENT			126	SONDE VESI CALE ENFANT		
108	BI STOURI (LAME + MANCHE)			127	SONDE VESI CALE ADULTE		
109	CI SEAUX A PANSEMENT			128	SONDE VESI CALE METALLI QUE		
110	CI SEAUX DE MAYO DROI TS			129	SPECULUM		
111	GARROT			130	STETHOSCOPE BI AURI CULAI RE		
112	HARI COT			131	STETHOSCOPE OBSTETRI CAL		
113	POI SSONNI ERE			132	TENSI OMETRE		
114	RECHAUD			133	THERMOMETRE		
115	NECESSAI RE AGRAFFES			134	TALQUI ST		
116	OTOSCOPE A PI LES(JEU DI AGNOSTI C)			135	FRI GI DAI RE		
117	PI NCES A DI SSEQUER SS GRI FFES			136	ACCUMULATEUR		
118	PI NCES A SERVI R			137	GLACI ERE		
119	PI NCES DE KOCHER			138	COCOTTE		
COD E	ELEMENT	NOMBRE DI SPONI BLE	NOMBRE FONCTI ONNEL	CODE	ELEMENT	NOMBRE DI SPONI BLE	NOMBRE FONCTI ONNEL
141	ARMOI RE METALLI QUE			147	POTENCE		
142	CHARI OT DE SOI NS			148	TABLE D' ACCOUCHEMENT		
143	DRAP			149	TABLE D' EXMAN FI XE		
144	ESCABOT A DEUX MARCHES			150	TABLE DE SOI NS		
145	LIT D' HOPI TAL			151	CHAI SE		
146	MATELAS MOUSSE AVEC HOUSSE PLAS.			152	BUREAU		

MODULE 1-2. RESSOURCES HUMAINES

RH - 1

No	Nom et Prénom	PERSONNEL		FORMATION SPT		FORMATION CNS\PEV		FORMATION CPN		OBSERVATION AGENT
		CORPS	CATEGORIE	Mois-An Dernière Formation	Nombre de Supervision : 12 derniers mois	Mois-An Dernière Formation	Nombre de Supervision : 12 derniers mois	Mois-An Dernière Formation	Nombre de Supervision : 12 derniers mois	
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										

RESSOURCES HUMAINES

No	Nom et Prénom	PERSONNEL		FORMATION CRENA-CRENI		FORMATION PF		FORMATION GESTION MEDICAMENTS		OBSERVATION AGENT
		CORPS	CATEGORIE	Mois-An Dernière Formation	Nombre de Supervision : 12 derniers mois	Mois-An Dernière Formation	Nombre de Supervision : 12 derniers mois	Mois-An Dernière Formation	Nombre de Supervision : 12 derniers mois	
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										

OBSERVATION FORMATION SANITAIRES: _____

No	Nom et Prénom	PERSONNEL		FORMATION	SNI S	FORMATION	AUTRES CLINIQUES	FORMATION	AUTRES GESTION	OBSERVATION AGENT
		CORPS	CATEGORIE	Moi s-An Derni ère Formati on	Nombre de Supervi si on : 12 derni ers moi s	Moi s-An Derni ère Formati on	Nombre de Supervi si on : 12 derni ers moi s	Moi s-An Derni ère Formati on	Nombre de Supervi si on : 12 derni ers moi s	
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										

MODULE 1-3: VACCINS ET CONTRACEPTIFS
 JUILLET 1993 - DECEMBRE 1993

VC 1

No	DESCRIPTION	QUANTITES LIVREES	QUANTITES UTILISEES	QUANTITES PERDUES	STOCK DISPONIBLE FIN DECEMBRE	OBSERVATIONS
VACCINS						
01	VAT					
02	DTC00					
03	POLIO					
04	BCG					
05	ROUGEOLE					
06	FI EVRE JAUNE					
CONTRACEPTIFS						
07	PI LLES OESTROGENES					
08	PI LLES OESTRO- PROGESTATIFS					
09	DI U (STERILET)					
10	I NJECTABLES					
11	CONDOMS					
12	SPERMICIDES					

MODULE 1-3 VACCINS ET CONTRACEPTIFS
 JANVIER 1994 - JUIN 1994

VC 2

No	DESCRIPTION	QUANTITES LIVREES	QUANTITES UTILISEES	QUANTITES PERDUES	STOCK DISPONIBLE FIN JUIN	OBSERVATIONS
VACCINS						
01	VAT					
02	DTC00					
03	POLIO					
04	BCG					
05	ROUGEOLE					
06	FI EVRE JAUNE					
CONTRACEPTIFS						
07	PI LLOLES OESTROGENES					
08	PI LLOLES OESTRO- PROGESTATIFS					
09	DI U (STERILET)					
10	I NJECTABLES					
11	CONDOMS					
12	SPERMI CIDES					

MODULE 1-4: GUIDES ET SUPPORTS DE GESTION ET DE SUIVI

Vérifier si les GUIDES OU MODULES suivants sont disponibles au niveau de la formation sanitaire, et encrer le code correspondant au résultat de votre investigation.

No	Eléments	Réponses	OBSERVATIONS
01	Guide SPT	1. OUI 2. NON	
02	Modules PEV disponibles	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
03	Gestion des Médicaments	1. OUI 2. NON	
04	Gestion Financière	1. OUI 2. NON	
05	Instructions SNIS	1. OUI 2. NON	

Vérifier si les FICHES suivant sont disponibles au niveau de la formation sanitaire en quantités suffisantes (pouvant couvrir les besoins des trois prochains mois), et encercler le code correspondant au résultat de votre investigation.

No	Eléments		Réponses	OBSERVATIONS
01	PEV:	fiche inventaire	1. OUI 2. NON	
		fiche de commande de vaccins	1. OUI 2. NON	
		carte de vaccination	1. OUI 2. NON	
		carte de contrôle 3M	1. OUI 2. NON	
		fiche de température	1. OUI 2. NON	
02	Fiche Nourisson		1. OUI 2. NON	
03	Fiche CPN		1. OUI 2. NON	
04	Fiche CRENA		1. OUI 2. NON	
05	PF:	fiche de commande de contraceptifs	1. OUI 2. NON	
		fiche clinique	1. OUI 2. NON	
06	GESTION MEDI-CAMENTS	fiche de commande	1. OUI 2. NON	
		fiche de livraison	1. OUI 2. NON	
		fiche de stock par produit	1. OUI 2. NON	
		fiche de sortie journalière	1. OUI 2. NON	
		régistre de médicaments	1. OUI 2. NON	
		cahiers de sortie	1. OUI 2. NON	
07	GESTION FINANCIERE	reçu	1. OUI 2. NON	
		régistre de caisse	1. OUI 2. NON	

MODULE 1-5: ORGANISATION DES ACTIVITÉS

Reproduire le calendrier hebdomadaire du paquet minimum d'activités

No	Activités	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
01	Soins Curatifs	AM						
		PM						
02	CNS - PEV	AM						
		PM						
03	CPN	AM						
		PM						
04	CRENA-CRENI	AM						
		PM						
05	PF	AM						
		PM						

07. Identifier avec l'infirmier-chef les trois principales contraintes, par ordre de sévérité, qui sont à la base de l'adoption du calendrier enregistré ci-haut:

1. _____

2. _____

3. _____

08. Le calendrier facilite-t-il le recrutement des groupes ciblés d'une activité à une autre?

1. OUI

2. NON

Si NON, expliquez pourquoi :

Si OUI, expliquez pourquoi et spécifiez les activités où le recrutement est plus effectif:

Référez-vous à la fiche RESSOURCES HUMAINES:

- Si la formation sanitaire a moins de 3 infirmiers ou sage-femmes, remplissez le tableau suivant pour tous les infirmiers et sage-femmes.
- Si la formation sanitaire a au-moins 3 infirmiers ou sage-femmes, sélectionnez 3 au hasard et remplissez le tableau suivant pour les individus sélectionnés.
- ATTENTION: RECOPIER LE NUMERO DE LIGNE DE L'AGENT SELECTIONNE DE LA FICHE RESSOURCES HUMAINES ET ECRIVEZ SON NOM.

No de ligne	Nom et Prénom	Avez-vous exercé dans les séances suivantes durant les 4 dernières semaines?	OBSERVATIONS: Si l'agent n'a pas participé à une séance donnée, expliquez pourquoi.
		SOINS CURATIFS 1. OUI 2. NON CNS\PEV 1. OUI 2. NON CPN 1. OUI 2. NON CRENA-CRENI 1. OUI 2. NON PF 1. OUI 2. NON	
		SOINS CURATIFS 1. OUI 2. NON CNS\PEV 1. OUI 2. NON CPN 1. OUI 2. NON CRENA-CRENI 1. OUI 2. NON PF 1. OUI 2. NON	
		SOINS CURATIFS 1. OUI 2. NON CNS\PEV 1. OUI 2. NON CPN 1. OUI 2. NON CRENA-CRENI 1. OUI 2. NON PF 1. OUI 2. NON	

MODULE 2-1: ACCUEIL ET EMPATHIE

201. L'INFIRMIER A-T-IL DONNE UNE CHAISE AU MALADE? 1. OUI 2. NON
202. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DES SALUTATIONS DE L'INFIRMIER AU MALADE (encercl ez). 0 1 2 3 4
203. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DE LA SECURISATION DU MALADE PAR L'INFIRMIER (encercl ez). 0 1 2 3 4
204. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DU CADRE DE CONSULTATION DU MALADE PAR L'INFIRMIER (encercl ez). 0 1 2 3 4
205. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DE L'APPROCHE EMPATHIQUE DU MALADE PAR L'INFIRMIER (encercl ez). 0 1 2 3 4
206. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DU TACT DE L'APPROCHE DU MALADE PAR L'INFIRMIER (encercl ez). 0 1 2 3 4
207. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DE LA TENUE DE L'INFIRMIER (encercl ez). 0 1 2 3 4

MODULE 2-2: INTERROGATOIRE

211. L'INFIRMIER A-T-IL DEMANDE LA CARTE DE SOINS DU MALADE? 1. OUI 2. NON
212. L'INFIRMIER A-T-IL IDENTIFIE LE MALADE? 1. OUI 2. NON
213. L'INFIRMIER A-T-IL DEMANDE L'OBJET DE LA VISITE AU MALADE. 1. OUI 2. NON
214. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DE LA DISCRETION DE L'ENTRETIEN (encercl ez). 0 1 2 3 4
215. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DE L'ECOUTE DU MALADE PAR L'INFIRMIER (encercl ez). 0 1 2 3 4
216. L'INFIRMIER DONNE-T-IL AU MALADE LE TEMPS INSUFFISANT DE DECRIRE SON MAL? 1. NON 2. SUFFISANT
3. SUFFISANT
217. L'INFIRMIER DEMANDE-T-IL AU MALADE DES INSUFFISANT ECLAIRCISSEMENTS? 1. NON 2. SUFFISANT
3. SUFFISANT
218. L'INFIRMIER EVITE-T-IL DE SUGGERER AU MALADE RAREMENTDES REPONSES A SES QUESTIONS? 1. NON 2. PARFOIS
3. PARFOIS 4. TOUJOURS

219. L'INFIRMIER A-T-IL DEMANDE LES ANTECEDENTS INSUFFISANT DU MALADE? 1. NON 2. 3. SUFFISANT
220. L'INFIRMIER A-T-IL CHERCHE A SITUER LE DEBUT INSUFFISANT DE LA MALADIE? 1. NON 2. 3. SUFFISANT
221. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DE LA PERTINENCE DES QUESTIONS DE L'INFIRMIER (encerclez). 0 1 2 3 4

MODULE 2-3: CONSTANTES

231. L'INFIRMIER A-T-IL PRI S LA TEMPERATURE DU MALADE? 1. OUI 2. NON 8. NON APPLI CABLE
232. L'INFIRMIER A-T-IL PRI S LA TENSION DU MALADE? 1. OUI 2. NON 8. NON APPLI CABLE
233. L'INFIRMIER A-T-IL PRI S LE POIDS DU MALADE? 1. OUI 2. NON 8. NON APPLI CABLE
235. L'INFIRMIER A-T-IL PRI S LE POULS DU MALADE? 1. OUI 2. NON 8. NON APPLI CABLE
236. L'INFIRMIER A-T-IL COMPTE LA FREQUENCE RESPIRATOIRE DU MALADE 1. OUI 2. NON 8. NON APPLI CABLE
237. L'INFIRMIER A-T-IL PRI S LA TAILLE DU MALADE? 1. OUI 2. NON 8. NON APPLI CABLE

MODULE 2-4: EXAMEN CLINIQUE

241. L'INFIRMIER A-T-IL UN ESCABOT POUR INSTALLER LE MALADE SUR LA TABLE D'EXAMEN? 1. OUI 2. NON
242. L'INFIRMIER A-T-IL INSTALLE LE MALADE CONFORTABLEMENT? 1. OUI 2. NON
243. L'INFIRMIER A-T-IL EXPLIQUE AU MALADE LES ACTES QU'IL VA LUI FAIRE? 1. OUI 2. NON
244. L'INFIRMIER A-T-IL INSPECTE LE MALADE? 1. OUI 2. NON
245. L'INFIRMIER A-T-IL PALPE LE MALADE? 1. OUI 2. NON
8. NON APPLICABLE
246. L'INFIRMIER A-T-IL AUSCULTE LE MALADE? 1. OUI 2. NON
8. NON APPLICABLE
247. L'INFIRMIER A-T-IL FAIT UNE PERCUSSION AU MALADE? 1. OUI 2. NON
8. NON APPLICABLE
248. L'INFIRMIER A-T-IL DOSE LE TAUX D'HEMOGLOBINE DU MALADE AU MOYEN D'UN TALQUIST? 1. OUI 2. NON
8. NON APPLICABLE

MODULE 2-5: DECISION

251. L'INFIRMIER A-T-IL EXPLIQUÉ AU PATIENT LA MALADIE? 1. OUI 2. NON
252. L'INFIRMIER A-T-IL DISCUTE LE TRAITEMENT AVEC LE MALADE? 1. OUI 2. NON
253. L'INFIRMIER A-T-IL DISCUTE LES ALTERNATIVES AVEC LE MALADE? 1. OUI 2. NON
254. L'INFIRMIER A-T-IL FIXÉ DES RENDEZ-VOUS AVEC LE MALADE? 1. OUI 2. NON
255. ENREGISTREZ LE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT, LES CONSEILS ET RENDEZ-VOUS QUE L'INFIRMIER A POURVUS AU MALADE:

DIAGNOSTIC:

TRAITEMENT:

CONSEILS:

RENDEZ-VOUS:

256. L'INFIRMIER A-T-IL ENREGISTRÉ LE DIAGNOSTIC,
LE TRAITEMENT, LES CONSEILS ET RENDEZ-VOUS DANS:

A. CARNET DE SANTÉ DU MALADE 1. OUI 2. NON

B. REGISTRE 1. OUI 2. NON

C. FICHE (MALADIE CHRONIQUE) 1. OUI 2. NON
8. NON

APPLICABLE

257. QUEL EST LE SCHEMA THERAPEUTIQUE UTILISE PAR
L'INFIRMIER?

1. SPT

2. AUTRES (SPECIFIEZ): _____
(PASSEZ A 261)

258. DONNEZ UN SCORE ENTRE 0 ET 4 DE L'APPLICATION DES
SPT PAR L'INFIRMIER (encercl ez).

0 1 2 3 4

MODULE 2-6: ORIENTATION-INTEGRATION

261. L'INFIRMIER A-T-IL CONSULTE LE CARNET DE SANTE
OU TENU COMPTE DE L'ETAT DE SANTE DU MALADE DANS
L'OPTIQUE DE L'ORIENTER VERS D'AUTRES SOINS?

- 1. OUI
- 2. NON

- 8. NON

S))))))))))))))) ,

APPLI CABLE S))) - FIN

262. LE MALADE A-T-IL ETE ORIENTE AUX SOINS SUIVANTS?

A. CPN

- 1. OUI 2. NON
- 8. NON APPLI CABLE

B. CNS-PEV

- 1. OUI 2. NON
- 8. NON APPLI CABLE

C. CRENA-CRENI

- 1. OUI 2. NON
- 8. NON APPLI CABLE

D. PF

- 1. OUI 2. NON
- 8. NON APPLI CABLE

OBSERVATIONS SUR LA CONSULTATION:

RÉFÉRENCES

- Diop, François P. 1994. "Enquête Ménage sur la Demande des Soins de Santé dans les Arrondissements de Boboye, Illéla et Say, Octobre-Novembre 1992: Schémas d'Utilisation des Soins de Santé - Analyses Comparatives." Ministère de la Santé Publique, Health Financing and Sustainability Project Abt Associates Inc. Niamey: (Mai)
- Diop, François P., M. Kailou et O. Oumarou, 1994. "Performances du Recouvrement des Coûts: Arrondissement de Boboye et de Say, Mai 1993 - Février 1994." Ministère de la Santé Publique, Health Financing and Sustainability Project, Abt Associates Inc. Niamey: (Mai)
- Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux, 1993. "Enquête Démographique et de Santé au Niger 1992." Direction Générale, Ministère des Finances et du Plan, Macro International Inc - Demographic and Health Survey.
- Donebedian, A., 1980. "Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment." Vol. 1 Health Administration Press.
- Ministère de la Santé Publique, 1993. "Plan de Développement Sanitaire 1994-2000," Draft No. 3. République du Niger: (Novembre)
- Ministère de la Santé Publique, 1992. "Dossier de Requête à la Subvention au Développement Sanitaire et à la Banque Mondiale pour le Sous-Projet Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts 1992-1993." Direction des Etudes et de la Programmation, Equipe Tulane/Abt. Niamey: (Janvier).
- USAID, 1993. "Nutrition en Afrique: Nutrition et Santé des Jeunes Enfants au Niger - Résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Niger 1992." USAID/AFR/ARTS and R&D/N, Macro International Inc, Food Security and Nutrition Monitoring Project.
- Wouters Annemarie and A. Kouzis, 1994. "Quality of Health Care And Health Care Financing in Africa: A Review and Discussion of Findings in Niger and Senegal." Health Financing and Sustainability Project. (Septembre)
- Yazbek Abdo S. and M. Wenner, 1994. "Social Financing in Niger," Phase III. Abt Associates Inc. draft: (Mai)